

SAIRAANA TÖISSÄ

Läsnäolopaineiden ja läsnäolomotivaattoreiden yhteys sairausläsnäoloon

**Johanna Mäenalusta
Psykologian pro gradu -tutkielma
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
Tampereen yliopisto
Joulukuu 2013**

MÄENALUSTA, JOHANNA: Sairaana töissä – Läsnaolopaineiden ja läsnaolomotivaattoreiden yhteys sairausläsnaoloon
Pro gradu -tutkielma, 38 s.
Ohjaaja: Ulla Kinnunen
Psykologia
Joulukuu 2013

Sairausläsnaololla tarkoitetaan tilannetta, jossa työntekijä menee töihin, vaikka terveydentila edellyttäisi sairauslomaa. Tässä tutkimuksessa selvitettiin sairausläsnaolon yleisyyttä ja siinä ilmeneviä eroja taustatekijöiden, terveyden ja sairauspoissaolojen mukaan. Lisäksi tarkasteltiin sairausläsnaolon selittymistä työhön liittyvillä tekijöillä. Aiempiin tutkimuksiin pohjautuen tutkittiin ensinnäkin tekijöitä, jotka asettavat paineita sairaana työskentelylle. Tällaisina läsnaolopaineina otettiin huomioon työmäärä, työn säätelymahdollisuudet ja työn epävarmuus. Toiseksi selvitettiin, olisiko olemassa myös tekijöitä, jotka positiivisista lähtökohdista motivoivat työskentelemään sairaana. Läsnaolomotivaattoreina tarkasteltiin työn merkityksellisyyttä, työn imua ja organisaatioon sitoutumista. Tutkimuksen viitekehyksenä toimivat sekä sairausläsnaolosta aiemmin esitetyt mallit että työn vaatimusten ja voimavarojen malli.

Tutkimus perustuu ”Palkitseva ja kestävä hyvinvointia edistävä johtajuus” -hankkeessa keväällä 2011 kerättyyn aineistoon. Kyselytutkimukseen osallistui neljän suomalaisen kunnan työntekijöitä eri ammattialoilta ($N = 557$). Vastaajista 85 % oli naisia ja keski-ikä oli 48 vuotta. Ammattialoista lastenhoito, opetustyö ja siivous kattoivat kukin noin viidesosan vastaajista. Koulutustaustaltaan eniten oli toisen asteen tutkinnon suorittaneita (40 %) ja ylemmän korkeakoulututkinnon oli suorittanut 24 % vastaajista. Valtaosa eli 94 % vastaajista oli pysyvässä työsuhteessa. Tilastollisissa analyyseissä käytettiin pääasiassa ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä sekä binaarista logistista regressioanalyysiä.

Sairausläsnaoloa katsottiin olevan, jos henkilö oli ollut sairaana töissä useammin kuin kaksi kertaa puolen vuoden aikana. Näin määriteltynä vastaajista 47 % oli ollut sairaana töissä. Terveydentila ja sairauspoissaolot yhdessä taustatekijöiden kanssa selittivät 28 % sairausläsnaolon vaihtelusta. Oletetusti ne, joilla oli heikompi terveys ja jotka olivat useasti poissa töistä sairauden vuoksi, olivat myös useimmin sairaana töissä. Sukupuolen ja koulutuksen osalta havaitut yhteydet viittasivat siihen, että naiset ja matalammin koulututut olisivat useammin sairaana töissä. Iän suhteen selkeää yhteyttä ei havaittu. Tutkituista läsnaolopaineista suuren työmäärän positiivinen yhteys sairausläsnaoloon oli selvin. Myös työn epävarmuus vaikutti lisäävän sairausläsnaoloa. Työn säätelymahdollisuuksien osalta yhteyttä ei vastoin oletusta havaittu. Hypoteesin vastaisesti kaikki oletetut motivaattorit vähensivät sairausläsnaolon riskiä.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että sairausläsnaolo koetaan keinoksi välttää työmäärän kasautumista itselle tai kollegoille. Työmäärää vähentämällä voitaisiin vähentää sairausläsnaoloa ja sitä kautta myös sairausläsnaolosta koituvia haittoja. Läsnaolomotivaattoreita koskevat tulokset viittaavat siihen, että myös niitä voimistamalla voitaisiin vähentää sairausläsnaoloa. Ylipäätään terveyden edistäminen olisi keino vähentää sairausläsnaoloja sairastavuuden vähenemisen kautta. Sairauspoissaolojen vähentämiseen pyrkivissä toimenpiteissä on syytä varoa, ettei väheneminen tapahdu sairausläsnaolon kustannuksella.

Asiasanat: sairausläsnaolo, presenteeismi, työmäärä, työn säätelymahdollisuudet, työn epävarmuus, työn merkityksellisyys, työn imu, organisaatioon sitoutuminen

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
1.1. Tutkimuksen lähtökohdat	1
1.2. Sairauslääsnäolo ja sen yleisyys.....	2
1.3. Sairauslääsnäolon seuraukset	3
1.4. Sairauslääsnäololle altistavat tekijät	5
1.4.1. Työhön liittyvät lääsnäolopaineet	6
1.4.2. Työhön liittyvät lääsnäolomotivaattorit	10
1.4.3. Henkilöön liittyvät tekijät, olosuhteet ja asenteet.....	13
1.5. Tutkimuskysymykset ja -hypoteesit	16
2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
2.1. Aineiston keruu ja tutkittavat	17
2.2. Menetelmät ja muuttujat.....	18
2.3. Aineiston analysointi.....	20
3. TULOKSET.....	21
3.1. Sairauslääsnäolon yleisyys ja muuttujien väliset korrelaatiot.....	21
3.2. Sairauslääsnäolo taustatekijöiden, terveydentilan ja sairauspoissaolojen mukaan	22
3.3. Sairauslääsnäolon selittyminen lääsnäolopaineilla ja -motivaattoreilla	24
4. POHDINTA	26
4.1. Päätulokset.....	26
4.2. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset	28
4.3. Käytännön näkökulmia ja jatkotutkimusaiheet	30
LÄHTEET	32

1. JOHDANTO

1.1. Tutkimuksen lähtökohdat

Suurin osa ihmisistä on joskus joutunut miettimään, onko liian sairas mennäkseen töihin. Moni jääkin sairaana kotiin. Työstä poissaolo ja sairausloma eivät kuitenkaan ole ainoa vaihtoehto ja monesti työntekijä päättää sairaudestaan huolimatta mennä töihin. On mahdollista, että aiemmin sairaana töihin meneminen oli paljon yleisempää kuin sairauspoissaolo, koska ennen erilaisten sairauskorvausjärjestelmien kehittymistä työntekijällä ei yksinkertaisesti ollut useinkaan taloudellista mahdollisuutta jäädä kotiin (Hansen & Andersen, 2008). Tätä sairauslänäoloksi kutsuttua käyttäytymisen muotoa on kuitenkin tutkittu huomattavasti vähemmän kuin sairauspoissaoloa.

Sairauslänäolon tutkimus pohjautuu paljolti sairauspoissaolon tutkimukseen, koska voidaan ajatella, että kyse on saman päätöksentekoprosessin kahdesta eri ilmenemismuodosta. Toistaiseksi sairauslänäolon tutkimus on keskittynyt ilmiön laajuuteen, altistaviin tekijöihin ja syihin sekä vaikutuksiin terveyden ja tuottavuuden osalta (esim. Aronsson & Gustafsson, 2005; Kivimäki ym., 2005). Suuri osa sairauslänäoloa koskevista tutkimuksista ei eritele sairauden laatua, joskin yksittäisiäkin sairauksia koskevia tutkimuksia on tehty, muun muassa masennuksen ja migreenin osalta (esim. Burton, Conti, Chen, Schultz, & Edington, 2002; Lerner ym., 2004). Yksittäisiä ammattialoja koskevilla tutkimuksilla hoitoalaa ja erityisesti lääkäreitä koskevien tutkimusten lukumäärä on korostunut, mahdollisesti johtuen sairauslänäolon suuresta esiintyvyydestä kyseisessä joukossa (esim. Mäenpää & Virjo, 2012). Erityisesti amerikkalaiset tutkimukset ovat keskittyneet selvittämään sairauslänäolon vaikutuksia tuottavuuteen taloudellisesta näkökulmasta (Johns, 2010). Teoreettisia malleja sairauslänäolosta on kehitetty toistaiseksi vähän (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010). Verrattuna sairauspoissaoloon on sairauslänäolon tutkiminen haasteellisempaa, koska siitä ei voi saada objektiivista rekisteritietoa kuten sairauslomapäivistä. Sairauslänäolon tutkimus perustuukin väistämättä työntekijöiden omiin arviointeihin (esim. Johns, 2010).

Haasteista huolimatta tutkimus on aiheellista, jotta ymmärrys ilmiöstä lisääntyisi ja jotta sen mahdollisia haittoja voitaisiin vähentää. Yhtälaillla on siis tärkeää edelleen selvittää niin sairauslänäolon syitä kuin seurauksia. Suomessa aihepiiriin tutkimus on ollut toistaiseksi vähäistä. Tässä tutkimuksessa selvitetään aiempiin tutkimuksiin pohjautuen sairauslänäoloon yhteydessä olevia tekijöitä kahdesta näkökulmasta. Ensimmäinen tutkitaan tekijöitä, jotka asettavat paineita sairaana työskentelyyn. Tällaisina tekijöinä tarkastellaan työmäärää, työn säätelymahdollisuuksia ja

työn epävarmuutta. Toiseksi pyritään selvittämään, onko olemassa myös työhön liittyviä sairaana työskentelyyn motivoivia tekijöitä. Tällaisina tekijöinä puolestaan tutkitaan työn merkityksellisyttä, työn imua ja organisaatioon sitoutumista. Lisäksi otetaan huomioon terveydentila ja sairauspoissaolot sekä taustatekijöinä sukupuoli, ikä ja koulutus.

Seuraavissa kappaleissa esitellään aiempia tutkimustuloksia sairauslänäolon yleisyydestä, seurauksista, sille altistavista työhön liittyvistä paineista ja perustellaan motivaationäkökulmaa. Koska myös asenteet, persoonallisuus ja henkilökohtaiset tilanteet kuuluvat olennaisesti sairauslänäolosta aiemmin esitettyihin malleihin, myös niitä käsitellään, vaikka ne eivät olekaan tämän tutkimuksen kohteena.

1.2. Sairauslänäolo ja sen yleisyys

Sairauslänäololla eli sairauspresenteeismillä tai pelkällä presenteeismillä (myös presenteismi, engl. sickness presenteeism, presenteeism) tarkoitetaan tilannetta, jossa työntekijä menee töihin, vaikka terveydentila edellyttäisi sairauslomaa (esim. Aronsson & Gustafsson, 2005). Joissakin määritelmissä presenteeismiin liitetään oletus, että työteho on tilanteen vuoksi alentunut (esim. Hemp, 2004; Turpin ym., 2004). Presenteeismillä voidaan tarkoittaa myös tilannetta, jossa työntekijä on töissä, mutta käyttää aikansa työnteon sijaan henkilökohtaisten asioiden hoitoon, kuten omiin sähköposteihin (esim. D'Abate & Eddy, 2007). Joskus presenteismi voidaan käsittää myös yksikertaisesti absenteeismin eli poissaolon vastakohdaksi (esim. Smith, 1970). Tässä tutkimuksessa käytetään Kielitoimiston hyväksymää termiä *sairauslänäolo* ja sitä koskee ensimmäiseksi mainittu määritelmä: sairauslänäololla tarkoitetaan töihin menemistä, vaikka terveydentila edellyttäisi sairauslomaa. Termi ei sisällä oletusta tuottavuuden laskusta, mutta vierasperäistä *presenteeismiä* selkeämpänä suomenkielinen termi sulkee ulkopuolelleen muusta kuin sairaudesta johtuvan tuottamattoman työpaikalla oleskelun.

Ilmiönä sairauslänäolo on varsin yleinen. Elstadin ja Vabøn (2008) mukaan Pohjoismaissa alemmasta hoitohenkilökunnasta jopa 80 % on ollut vuoden aikana ainakin kerran sairaana töissä. Tanskassa eri aloja laajemmin sisältävän tutkimuksen vastaava tulos oli 70 % (Hansen & Andersen, 2008). Ruotsissa taas työvoimakysely osoitti 53 % vastaajista olleen sairaana töissä vähintään kaksi kertaa vuoden aikana (Aronsson & Gustafsson, 2005). Heponiemen ym. (2010) tutkimuksessa vastaavasti 48 % suomalaisista työntekijöistä ilmoitti olleensa sairaana töissä vähintään kaksi kertaa vuoden aikana. Eurofoundin (2012) selvityksestä käy ilmi, että Euroopassa sairauslänäolo on yleisintä Montenegrossa, Sloveniassa, Maltalla, Tanskassa ja Ruotsissa, joissa kaikissa vuoden

aikana selvästi yli 50 % työntekijöistä oli ollut sairaana töissä. Alhaisimpiin lukuihin, noin neljäsosaan työntekijöistä, päästään Italiassa, Portugalissa, Puolassa ja Bulgariassa. Koko aineiston sairauslänäolopäivien keskiarvo oli 3,1 päivää vuodessa, jonka Suomi reilusti ylitti miesten lähes neljällä ja naisten hieman yli kuudella sairauslänäolopäivällä.

Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan osalta on useissa tutkimuksissa selvitetty, mitkä ovat tyypillisimpiä sairauksia, joista kärsiessään he menevät töihin. Näitä ovat muutenkin yleiset influenssa, hengitysteiden infektiot, selkäkipu sekä masennus ja uupumus (Mäenpää & Virjo, 2012; Rosvold & Bjertness, 2001). Kanadalaisen julkisten palveluiden organisaation työntekijät ilmoittivat samankaltaisia sairauksia sairauslänäolon taustalla: päänsärky, selkä- ja hartiakivut, vatsakipu, flunssa sekä masennus ja ahdistus (Caverley, Cunningham, & MacGregor, 2007).

1.3. Sairauslänäolon seuraukset

Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli ja Hox (2009) kuvaavat sairauslänäoloa suojakeinoksi: sairastuneena työsuoritus on uhattuna ja sairauslänäolo on mahdollinen suojakeino uhkaa vastaan. Työntekijä pyrkii suorittamaan työnsä kuin terve työntekijä. Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että ainakin osin sairauslänäolo on haitallinen ilmiö. Monesti ajatellaan, että sairauslänäolo on ennen kaikkea terveysriski itselle, pääasiassa sairaudesta toipumisen estymisen ja hidastumisen vuoksi (esim. Aronsson & Gustafsson, 2005). Myös pitkäaikaisvaikutuksia on todettu: Kivimäki ym. (2005) selvittivät sydäninfarktien ja sairauslänäolon yhteyttä ja havaitsivat, että sydäninfarktin riski oli kaksinkertainen huonon terveyden omaavilla työntekijöillä, jotka eivät kolmen vuoden seurannan aikana olleet lainkaan sairauslomalla, verrattuna niihin huonon terveyden omaaviin, jotka olivat poissa kohtalaisesti. Westerlundin ym. (2009) tutkimuksessa sairauslänäolo ei kuitenkaan lisännyt sepelvaltimotaudin riskiä kahden vuoden seurantajakson aikana. Gustafsson ja Marklund (2011) puolestaan havaitsivat kolmen vuoden seurantatutkimuksessa, että toistuva sairauslänäolo ennusti myöhempää huonoa terveyttä, fyysisiä oireita, alhaista psyykkistä hyvinvointia ja alhaista työkykyä. Sairauslänäolo johti myös sairauspoissaoloihin. Bergströmin ym. (2009b) tutkimuksessa niin ikään havaittiin sairauslänäolon ennustavan huonoa terveyttä ja Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson ja Josephson (2009a) raportoivat runsaan sairauslänäolon ennustavan myöhempiä sairauspoissaoloja. Demeroutin ym. (2009) kolmen vuoden seurantatutkimuksessa kävi ilmi, että sairauslänäolo ja emotionaalinen uupumus muodostivat kehän, jossa läsnäolo ennusti uupumusta ja uupumus läsnäoloa.

Oman terveyden ohella sairauslääkäri on riski myös muiden terveydelle, esimerkiksi työtovereille. Erityisesti hoitohenkilökunta voi aiheuttaa riskin potilasturvallisuudelle, terveysriskin henkilöille, joiden vastustuskyky on muita heikompi. Silti norjalaisista lääkäreistä yli puolet ilmoitti työskennelleensä vuoden aikana ainakin kerran sairastaessaan tarttuvaa tautia (Rosvold & Bjertness, 2001). Suomalaisessa tutkimuksessa 95 % terveyskeskuslääkäreistä ilmoitti olleensa joskus sairaana töissä, mutta tarttuvien tautien osalta tilannetta ei selvitetty tarkemmin (Mäenpää & Virjo, 2012). Lääkärin työskentely sairaana voi olla taudin tartuttamisen lisäksi riski potilasturvallisuudelle myös alentuneesta harkintakyvystä ja heikentyneestä suoriutumisesta johtuvien hoitovirheiden vuoksi (Mäenpää & Virjo, 2012).

Sairaana työskentely voi heikentää työsuoritusta, palveluiden laatua, tuloksellisuutta ja ennen kaikkea tulla sairauspoissaolokin kalliimmaksi (Pilette, 2005). On olemassa useita eri kyselyitä ja mittareita, joilla selvitetään eri sairauksien ja tilojen aiheuttamia haittoja, myös sairauslääkäriä huomioiden (Schultz, Chen, & Edington, 2009). Esimerkiksi Koopmanin ym. (2002) kehittämä lyhyt Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) nimenomaan mittaa sairauden vaikutusta työsuoritukseen ja tuottavuuteen. Arvioitaessa sairauslääkäriä johtuvaa tuottavuuden laskua, on syytä huomata, että nykytyöelämässä työn tulos on harvoin suoraan ja yksinkertaisesti määrällisesti mitattavissa ja näin ollen tutkimukset tuottavuuden laskusta perustuvat usein henkilöiden omiin arviointeihin subjektiivisista kokemuksistaan (esim. Hemp, 2004). Haasteensa tutkimusasetelmille tuo myös se, ettei ole mielekästä verrata sairaan ja terveen työntekijän työsuoritusta, vaan tulisi verrata saman työntekijän työsuoritusta sairauden ja ei-sairauden aikana (Johns, 2010). Myös sairauden laatu ja työn luonne vaikuttavat sairauslääkäriä koituviin seurauksiin. Esimerkiksi kurkkukipu vaikeuttanee enemmän luennoitsijan kuin yksinäisen toimistotyöläisen työsuoritusta. On myös selvää, että esimerkiksi tarttuvan ja lyhytkestoisen flunssan vaikutukset työsuoritukseen, työyhteisöön ja terveyteen ovat erilaisia kuin esimerkiksi pitkäaikaisen masennuksen.

Amerikkalaisessa tutkimuksessa todettiin sairauspoissaolon aiheuttaneen kivuista kärsineille työntekijöille neljän viikon aikana keskimäärin 0,84 työpäivän menetyksen, kun taas sairauslääkäriä johti saavutetussa työmäärässä 3,14 työpäivän menetykseen (Allen, Hubbard, & Sullivan, 2005). Menetettyjen ja tehottomien työtuntien lisäksi monissa tutkimuksissa on pyritty arvioimaan seurauksia suoraan rahana. Arviot ovat kuitenkin hyvin vaihtelevia, johtuen muun muassa erilaisista tavoista mitata asioita ja huomioonotetuista tekijöistä (Johns, 2010). Yksi näkökulma sairauslääkäriä koituviin kuluihin on niiden vertaaminen terveydenhuoltokuluihin. Joidenkin tutkimusten mukaan sairauslääkäriä koittavat kustannukset työnantajalle ovat kaksi tai kolmekin kertaa suuremmat kuin terveydenhuoltokulut (Hemp, 2004). Hemp tuo esiin, että esimerkiksi

allergiaoireiden aiheuttama menetys tuottavuudessa voi olla suurempi kuin allergialääkityksen kulut, mutta samalla huomauttaa, että monissa tämänkaltaisissa tutkimuksissa lääketeollisuus toimii rahoittajana. On kuitenkin tosiasia, että joissakin sairauksissa työntekijä voi lääkkeillä kohentaa työkykyään siten, ettei sairauslänäolo ainakaan välittömästi vaikuta tuloksellisuuteen (Schultz ym., 2009).

Koska negatiivisista seurauksistaan huolimatta sairauslänäolo on usein tehty valinta, voidaan olettaa, että siitä on myös jotakin hyötyä tai että se on ainakin joissakin tilanteissa poissaoloa parempi vaihtoehto. Ensinäkin sairauslänäolon vaikutuksia tuottavuuteen pohdittaessa on syytä huomata, että poissaolijaan verrattuna länäolijan tuottavuus on ainakin kyseisellä hetkellä vähemmän alentunut, jos lainkaan (Johns, 2010). Toisekseen voidaan ajatella, että päätös sairauslänäolosta tai -poissaolosta on valinta terveystarpeen ja sosiaalisen tai ammatillisen riskin välillä (Grinyer & Singleton, 2000). Sairauslänäolo voi riskeerata terveyden, mutta samalla se voi suojata niiltä uhilta, mitä poissaolo aiheuttaisi esimerkiksi ylenemismahdollisuuksille tai tiimityössä tärkeille ammatillisille suhteille.

Sairauslänäolo voi olla myös suoraan hyödyllistä, lähinnä silloin, kun työn vaatimuksia voidaan alentaa terveydentilaa vastaaviksi. Aronsson ja Gustafsson (2005) tuovat esiin pitkäaikaissairaat ja mahdollisuuden, että työ hyvässä työympäristössä ja sopivin vaatimuksin edistää hyvinvointia todennäköisemmin kuin pitkä sairauspoissaolo. Suomessa vuonna 2007 voimaan tullut laki osasairauspäivärahasta mahdollistaa osa-aikaisen työntekijän sairauslomalla (Sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 8:11). Lain tarkoitus on tukea työelämässä pysymistä ja paluuta kokoaikaiseen työhön ja järjestelyn edellytyksenä on, että työntekijä pystyy terveyttään ja toipumistaan vaarantamatta hoitamaan osan työtehtävistään.

1.4. Sairauslänäololle altistavat tekijät

Syyt sairauslänäololle voivat olla monenlaisia. Kenties yksi on liian tunnollinen jäädäkseen kotiin, toinen kokee olevansa korvaamaton, kolmas ei halua lisätä työtoveriensa työtaakkaa ja ehkä neljäs yksinkertaisesti rakastaa työtään. Tutkimuksissa onkin todettu useiden eri tekijöiden olevan yhteydessä sairauslänäoloon ja selittävän sitä. Suurin huomio on kiinnitetty *länäolopaineisiin*, eli tekijöihin, jotka asettavat työntekijälle paineita mennä sairaanakin töihin (esim. Hansen & Andersen, 2008). Saksvik (1996) jakoi länäolopaineet kolmeen ryhmään: tärkeys-, arvostelu- ja moraalisiin paineisiin (engl. importance, censure, moral pressure). Ensimmäiseen ryhmään kuuluivat työtehtävien tärkeys ja oma tärkeys työntekijänä eli sijaisen saamisen vaikeus. Toinen

liittyi vahvasti tiimityöhön ja kollegoihin sekä heiltä tulevan arvostelun pelkoon, kolmas vastuun kokemukseen ja omatuntoon. Kattavin malli sairauslänäolosta lienee kuitenkin toistaiseksi Johnsin (2010) esittämä malli. Sekä Johnsin että Aronssonin ja Gustafssonin (2005) malleissa sairauslänäoloon yhteydessä olevat tekijät jaetaan työhön liittyviin sekä työntekijään liittyviin tekijöihin. Seuraavaksi tarkastellaankin näitä tekijöitä tämän jaottelun mukaan. Edellä mainitut Saksvikin esittämät tärkeys- ja arvostelupaineet voidaan sijoittaa työhön liittyviin läsnäolopaineisiin, moraaliset paineet taas henkilöön liittyviin läsnäolopaineisiin. Lisäksi tässä tutkimuksessa työhön liittyvät tekijät jaettiin vielä niihin, jotka asettavat paineita sairauslänäololle sekä niihin, jotka mahdollisesti positiivisista lähtökohdista motivoivat sairauslänäoloon. Tämä jaottelu nojautuu työn vaatimusten ja voimavarojen malliin (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001). Motivoivat tekijät liittyvät mallin motivaatiopolkuun ja läsnäolopaineet kuormittavina tekijöinä terveyden heikkenemisen polkuun (ks. luku 1.4.2.).

1.4.1. Työhön liittyvät läsnäolopaineet

Aronssonin ja Gustafssonin (2005) mallissa työhön liittyvät läsnäolopaineet koskevat vähäisiä resursseja ja kovia vaatimuksia, muun muassa työmäärän suhteen. Johns (2010) listaa kontekstitekijöitä laajemmin, muun muassa edellä mainittujen ohella tiimityön ja työn epävarmuuden. Tässä tutkimuksessa otetaan läsnäolopaineina huomioon työmäärä, työn säätelymahdollisuudet ja koettu työn epävarmuus, joita käsitellään seuraavaksi. Tämän lisäksi kokonaiskuvan muodostamiseksi lopuksi esitellään edellä mainituissa malleissa esitettyjä muita keskeisiä läsnäolopaineiksi määriteltyjä tekijöitä, vaikka niitä ei tässä tutkimuksessa tutkitakaan.

Useissa tutkimuksissa *työmäärän kasautuminen ja aikapaineet* jossakin muodossa ovat osoittautuneet tärkeiksi sairauslänäolon selittäjiksi. Sairaana työskentelyllä pyritään hoitamaan pakollisiksi koetut työtehtävät ja välttämään poissaolon aikainen työmäärän kasautuminen. Taustalla voi olla resurssien puute ja siitä johtuvat huonot mahdollisuudet palkata sijaista, toisaalta myös työtehtävän spesifisyys, jolloin pätevän sijaisen hankkiminen voi olla vaikeaa (Aronsson & Gustafsson, 2005). Hansenin ja Andersenin (2008) tutkimuksessa aikapaineet osoittautuivat tärkeimmäksi työhön liittyväksi sairauslänäolon selittäjäksi. Suomalaisessa tutkimuksessa sairaana työskennelleistä terveyskeskuslääkäreistä kolmasosa ilmoitti syyksi poissaolon aikana kasautuvan työmäärän (Mäenpää & Virjo, 2012). SAK:n vuoden 2012 työolobarometrissä (SAK, 2013) joka neljäs ilmoitti sairauslänäololleen syyksi huolen oman työtaakan kasautumisesta sairausloman aikana. Böckerman ja Laukkanen (2010) totesivat työpaikan tehokkuusvaatimusten lisäävän

sairausläännäoloa vain hyvän terveyden omaavilla henkilöillä. He arvelivat tuloksen selittyvän sillä, ettei huonomman terveydentilan omaavilla olisi resursseja vastata tehokkuusvaatimuksiin.

Aikapaineet voivat näkyä myös tehdyissä *työtunneissa*. Hansen ja Andersen (2008) havaitsivat, että yli 45 tuntia viikossa työskentelevillä esiintyi enemmän sairausläännäoloa ja samalla myös vähemmän sairauspoissaoloja kuin vähemmän työskentelevillä. Sairausläännäolon osalta samansuuntainen käytös näkyy myös SAK:n vuoden 2012 työolobarometrissä (SAK, 2013), jossa sairausläännäolon määrää verrattiin ylitöiden tekemiseen. Ylitöitä tehneet olivat olleet selvästi muita useammin sairaana töissä, tosin myös muita useammin poissa. Henkilöistä, jotka olivat tehneet ylitöitä sekä korvattuna että ilman asianmukaista korvausta, oli yli 90 % ollut vuoden aikana sairaana töissä ja heistä neljä viidestä useammin kuin kerran.

Sairausläännäolon määrä vaihtelee eri *alojen* välillä. Hoitoalalla resurssit ovat usein vähäisiä, työmäärä on suuri ja mahdollisuus siirtää työtehtäviä myöhemmäksi on heikko. Elstad ja Vabø (2008) määrittivät alempien hoitotyöntekijöiden kokemuksen liiasta työmäärästä, kiireestä, asiakkaiden suuresta määrästä ja työntekijöiden vähäisestä määrästä työstressiksi. He havaitsivat työstressin lisäävän sekä sairausläännäoloa että sairauspoissaoloa. Työstressin yhteys oli selkeästi vahvempi nimenomaan sairausläännäoloon. Ruotsalaisessa tutkimuksessa korkeimmat sairausläännäoloprosentit havaittiin juurikin hoitoalalla sekä opetussektorilla esi- ja perusopetuksessa, eli aloilla, joilla työ liittyy välittömästi toisten ihmisten tarpeisiin (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000). Elstad ja Vabø (2008) kutsuvatkin hoitotyötä termillä ”must-do task”: henkilökohtainen hygieniä, ruumiin toiminnot ja syöttäminen ovat asioita, joita ei ilman kärsimyksen aiheuttamista ja moraalisia ongelmia voi jättää tekemättä. Potilaan välittömät tarpeet saattavat saada hoitajan kokemaan oman hoidon ja sairauden parantelemisen vähemmän kiireelliseksi. Myös erityisesti lääkäreiden on havaittu työskentelevän sairaana. Norjalaisessa tutkimuksessa lääkäreistä 80 % oli ollut vuoden aikana töissä tilanteessa, jossa olisi samanlaisin oirein määrännyt potilaalle sairauslomaa (Rosvold & Bjertness, 2001). Suomalaisessa tutkimuksessa vastaava luku terveyskeskuslääkäreiden osalta oli 77 % ja sairaalalääkäreiden osalta 59 % (Mäenpää & Virjo, 2012).

Työtahdin säätelymahdollisuuden vaikutusta on selvitetty myös useissa tutkimuksissa. Johansson ja Lundberg (2004) loivat sairausjoustavuudesta (engl. illness flexibility) mallin, jossa suuren työn säätelymahdollisuuden oletettiin lisäävän sairausläännäoloa. Sairausjoustavuudella tarkoitetaan mahdollisuutta muokata työtehtäviä tai vaatimuksia terveydentilaan sopiviksi. Sen sijaan Aronsson ja Gustafsson (2005) oletivat sekä suuren että vähäisen säätelymahdollisuuden lisäävän sairausläännäoloa. Ensinnäkin suuri säätelymahdollisuus mahdollistaa työskentelyn omien voimavarojen rajoissa sairaanakin ja toiseksi vähäinen säätelymahdollisuus on yhteydessä

vähäisempään hyvinvointiin, joka puolestaan on yhteydessä sairastavuuteen. Sairastavuus taas on luonnollisestikin yksittäisenä tekijänä suurin sairauslängnön selittäjä. Aronsson ja Gustafsson kuitenkin havaitsivat oletuksensa pitävän paikkaansa vain vähäisen säätelymahdollisuuden osalta. Myöskään Hansen ja Andersen (2008) eivät havainneet yhteyttä suuren säätelymahdollisuuden ja sairauslängnön välillä, ei tosin vähäisten säätelymahdollisuuksienkaan. SAK:n työolobarometrin (SAK, 2013) tulokset taas osoittavat, että suurimmat vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä omaavat olivat muita harvemmin sairaana töissä. On mahdollista, että työntekijät, jotka voivat määrittellä työtahtinsa voimiensa mukaan, eivät koe olleensa sairaana töissä, vaikka olisivat vähentäneet työtaakkaansa heikon vointinsa vuoksi. Useissa tutkimuksissa, myös edellä mainituissa, sairauslängnön selvittävä kysymys onkin perusajatukseltaan ”Oletko ollut töissä, vaikka terveydentilan vuoksi sinun olisi ollut syytä jäädä sairauslomalle?” Periaatteessa kysymykseen voi vastata kielteisesti, vaikka olisi ollut sairaana töissä, jos sairausjoustavuus työssä on riittävää.

Työn epävarmuus on sairauslängnön yhteydessä oleva tekijä, jota on tutkittu Suomessakin jo parikymmentä vuotta sitten. Virtanen (1994) havaitsi 1980-luvun lopulla suomalaisen metallialan yrityksen henkilöstövähennysten aikaan irtisanomisuhan lisäävän sairauslängnön. Työpaikalle vielä jääneet työntekijät kokivat, että irtisanotut olivat valikoituneet paljolti terveydentilan perusteella ja uhka työpaikan menettämisestä oli edelleen olemassa. Yrityksen sairauspoissaolosten määrä laski noin kolmanneksen heti vähennysten jälkeen ja pikkuhiljaa palautui entiselle tasolle. Tuki- ja liikuntaelimiin liittyvät poissaolot vähenivät jopa puolella. Tämä tuskin johtui työntekijöiden terveydentilan yhtäkkisestä paranemisesta. Tällainen käyttäytyminen ei ole yllättävää siihen nähden, että useat sairauspoissaolot ennustavat työsuhteen päättymistä ja myöhempää työttömyyttä (Virtanen, Kivimäki, Elovainio, & Vahtera, 2002). Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Theorell ym., 2003) havaittiin, että irtisanomisuha lisäsi sydän- ja verisuonitautien osalta heikommassa terveydentilassa olevien naisten sairauslängnön enemmän kuin terveempien. Miesten osalta eroa ei havaittu. Caverley ym. (2007) totesivat kanadalaisessa organisaatiossa, jossa toteutettiin henkilöstövähennyksiä, sairauslängnön olevan hieman sairauspoissaolosta yleisempää. Vuodessa työntekijällä oli keskimäärin neljä sairauslängnöpäivää kun taas sairauspoissaolopäiviä oli vain kolme.

Edellä kuvattua työn epävarmuutta voidaan kutsua subjektiiviseksi eli koetuksi epävarmuudeksi. Objektiivinen epävarmuus taas tarkoittaa määräämäästä työsuhteesta johtuvaa epävarmuutta. Virtanen, Kivimäki, Elovainio, Vahtera ja Cooper (2001) havaitsivat, että määräämäästä sairaalan työntekijöillä oli vähemmän sairauspoissaoloja kuin vakituksilla

työntekijöillä, vaikka heidän terveytensä olisi ollut huono. Kyseessä voi olla samankaltainen ilmiö, kuin edellä mainittu Virtasen (1994) huomio irtisanomisuhan alla vähentyneistä sairauspoissaoloista. Määräaikainen työntekijä voi kokea suurempia paineita sairaana työskentelyyn, jottei riskeeraisi tulevaisuuden työmahdollisuuksiaan poissaoloilla.

Heponiemi ym. (2010) ottivat huomioon sekä subjektiivisen että objektiivisen työn epävarmuuden ja tutkivat määräaikaisten sekä vakituisten työntekijöiden eroja suhteessa sairauslänäoloon. Sekä työsuhteen vakituisuus että subjektiivinen työn epävarmuus lisäsivät sairauslänäolon todennäköisyyttä ja jälkimmäisen osalta yhteys korostui vanhempien työntekijöiden joukossa. He selittivät tätä tulosta muun muassa sillä, että esimerkiksi lojaliteetti tiimiä kohtaan ja kollegoiden huomioonottaminen saattavat olla vakituksille työntekijöille tärkeämpiä kuin määräaikaisille. He myös totesivat, että hyvänä taloudellisena aikana esimerkiksi hoitoalalla määräaikainen työsopimus ei välttämättä tarkoita huolta työsuhteen jatkumisesta. Aronssonin ja Gustafssonin (2005) tutkimuksessa ei ilmennyt eroa määräaikaisten ja vakituisten työntekijöiden välillä, eikä myöskään osa-aikaisten ja kokoaikaisten työntekijöiden välillä.

Myös *tiimityön ja kollegoiden* osuutta sairauslänäoloon velvollisuuden näkökulmasta on selvitetty useassa tutkimuksessa. Crout, Chang ja Cioffi (2005) totesivat tiimiä kohtaan koetun vastuun olevan syy australialaisille hoitajille mennä sairaana töihin. Työntekijät kokivat mahdolliset epäpätevät sijaiset taakaksi tiimilleen. Grinyer ja Singleton (2000) niin ikään havaitsivat tiimityön olevan merkittävä syy sairauslänäololle Britanniassa julkisen sektorin organisaatiossa. McKevitt, Morgan, Dundas ja Holland (1997) taas havaitsivat lääkäreiden perustelevan sairauslänäoloon muun muassa velvollisuudella kollegoita kohtaan. Samoin suomalaisista sairaalalääkäreistä kolmasosa meni mieluummin sairaana töihin kuin lisäsi kollegoiden työmäärää (Mäenpää & Virjo, 2012). SAK:n vuoden 2012 työolobarometrissä (SAK, 2013) hieman yli puolet perusteli sairauslänäoloon halulla välttää lisäämästä työkaverin työtaakkaa. Myös *esimiehen* toiminnalla on havaittu olevan yhteyksiä sairauslänäoloon. Sekä esimiehen vähäisen rehellisyyden että vähäisen autenttisen johtamistyylin on todettu lisäävän sairauslänäoloa (Nyberg, Westerlund, Magnusson-Hanson, & Theorell, 2008; Kinnunen, Perko, & Virtanen, 2013). Lisäksi esimiehenä työskentely saattaa lisätä sairauslänäoloa. Esimiesten on havaittu olevan muita vähemmän poissa sairauden vuoksi (esim. Hansen & Andersen, 2008).

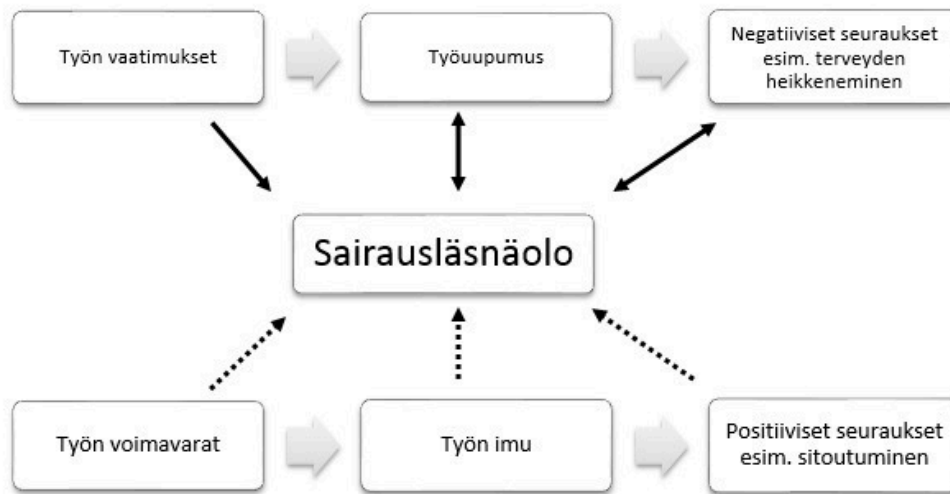
Laajempänä kontekstitekijänä on syytä ottaa huomioon myös eri maiden *sairauskorvausjärjestelmät*. Dew, Keefe ja Small (2005) toteavatkin, että laillinen ja byrokraattinen konteksti on ymmärrettävä pohdittaessa sairauslänäoloa, sillä työntekijän käsitys omista oikeuksistaan ja resursseistaan vaikuttaa todennäköisesti hänen päätökseensä jäädä tai olla jäämättä

sairauslomalle. Sairauskorvausjärjestelmien olemassaolo ja korvausten suuruus sekä kesto vaihtelevat maittain paljon. Heyman, Earle ja Hayes (2007) toteavat raportissaan, että ainakin 145 maassa maksetaan jonkinlaisia korvauksia sairausloma-ajalta, 102 maassa vähintään kuukaudelta, ja 51 maassa maksetaan vähintään 75 % palkasta. Esimerkiksi USA:ssa poissaoloajalta ei kuitenkaan velvoiteta maksamaan lainkaan korvauksia. Ruotsissa ensimmäinen sairauslomapäivä on karenssipäivä, josta ei makseta työntekijälle ja myöhemmiltä päiviltä lain edellyttämä korvaus on 80 % palkasta (Lag om sjuklön, 1047/1991, 6 §). Suomessa sairausajan palkkaa maksetaan ensimmäisestä päivästä lähtien yhdeksän päivän ajalta, ja jos työsuhde on kestänyt alle kuukauden, maksetaan puolet palkasta, muutoin täysi palkka (Työsopimuslaki, 55/2011, 11 §). Yhdeksän päivän jälkeen voidaan maksaa ansioihin sidottua, mutta kuitenkin palkkaa pienempää, sairauspäivärahaa noin vuoden ajan (Sairausvakuutuslaki, 1224/2004). Työehtosopimukset voivat kuitenkin poiketa laista. Usein työehtosopimuksissa määritellään työsopimuslain edellyttämää yhdeksää päivää pidempi täyden palkan maksuaika, joka on usein porrastettu työsuhteen keston mukaan (esim. Elintarvikealojen TES, 2010; KVTES, 2012; Yliopistojen yleinen TES, 2011). Muun muassa rakennusallalla taas alle vuoden työsuhteissa ja vartiointialalla alle kahden vuoden työsuhteissa on käytössä Ruotsin tapaan karenssipäivä (Rakennusalan TES, 2012; Vartiointialan TES, 2011). Ammatinharjoittajia ja yrittäjiä saattaa painostaa sairaanakin työskentelyyn sairauspäivärahan yhdeksän päivän omavastuu aika.

1.4.2. Työhön liittyvät läsnäolomotivaattorit

Sairauslänäoloa ilmiönä voidaan edellä mainittujen sairauslänäolomallien lisäksi tarkastella myös työn vaatimusten ja voimavarojen mallin (TV-TV-malli; Demerouti ym., 2001) näkökulmasta (kuvio 1). Tässä mallissa työn vaatimukset viittaavat työn fyysisiin, sosiaalisiin ja organisaationaalisiin piirteisiin, jotka edellyttävät fyysistä tai psyykkistä ponnistelua ja siten vaativat tietyn fysiologisen ja psykologisen hinnan (Demerouti ym., 2001). Voimavarat taas vastaavasti ovat niitä piirteitä, jotka auttavat saavuttamaan työn tavoitteita, vähentävät työn vaatimuksia ja niiden hintaa sekä saavat aikaan henkilökohtaista kasvua ja kehitystä (Demerouti ym., 2001).

Terveyden heikkenemisen polku



Motivaatiopolku

Kuvio 1. Sairauslääsnäolo liitettynä TV-TV-malliin

Kuten edellä on todettu, työn liiallisten vaatimusten erityisesti aika- ja tehokkuuspaineiden muodossa on todettu lisäävän sairauslääsnäoloa, samoin uupumuksen ja heikon terveyden. Toisaalta sairauslääsnäolo ennustaa uupumusta ja heikkoa terveyttä. Sairauslääsnäolon on siis todettu olevan selvässä yhteydessä TV-TV-mallin terveyden heikkenemisen polkuun. Sen sijaan motivaatiopolun mahdolliset yhteydet ovat jääneet tutkimuksissa vähemmälle huomiolle.

On kuitenkin mahdollista, että läsnäolopaineiden lisäksi on olemassa myös sairaana työskentelyyn sisäisesti motivoivia työhön liittyviä tekijöitä, läsnäolomotivaattoreita. Näitä on tutkittu vähän, vaikka tällaisten tekijöiden olemassaolon mahdollisuus toisinaan mainitaankin kirjallisuudessa. Johns (2010) arvelee, että positiivinen työasenne saattaisi lisätä sairauslääsnäoloa. Aronsson ja Gustafsson (2005) viittaavat Kristenseniin (1991), joka on jaotellut niin läsnäoloon kuin poissaoloonkin johtavia tekijöitä positiivisiin ja negatiivisiin. Läsnäoloon motivoivia, ei painostavia, tekijöitä voivat olla muun muassa mielenkiintoinen ja stimuloiva työ, korkea työtyytyväisyys, palkitseminen vähäisistä poissaoloista ja hyvä omatunto. Biron ja Saksvik (2009) pitävät kuitenkin näistä kahta viimeisintä läsnäolopaineina. Tässä tutkimuksessa läsnäolomotivaattoreina otetaan huomioon työn merkityksellisyyden kokeminen, työn imu ja organisaatioon sitoutuminen, jotka sijoittuvat TV-TV-mallin motivaatiopolulle (ks. kuvio 1).

Johns (2011) on havainnut *työn merkitykselliseksi kokemisen* olevan positiivisesti yhteydessä sairauslääsnäoloon. SAK:n vuoden 2012 työolobarometrissä (SAK, 2013) reilu kolmasosa ilmoitti syyksi sairauslääsnäololleen, että työssä on mukavaa. Vastaajien oli kuitenkin mahdollista valita

useista tarjotuista syistä kaikki sopivat, joten on mahdollista, että työn mukavuus oli vain osatekijä paineita asettavien tekijöiden ohella. Toisaalta Caverley ym. (2007) ovat todenneet sairauslääsnäolon olevan positiivisesti yhteydessä vähäiseen työtyytyväisyyteen, vähäiseen luottamukseen kollegoita kohtaan ja vähäiseen esimiehen tukeen.

Edellä esitetyn tapaan *työn imu* voi olla yksi työhön sairaanakin motivoiva tekijä. Maslach ja Leiter (1997) määrittelevät työn imun työuupumuksen vastakohdaksi: energisyyden, sitoutuneisuuden ja pystyvyyden kokemuksiksi. He katsovat, että kyse on saman ilmiön ääripäistä. Työn imu ja työuupumus voidaan nähdä myös toistaan erillisinä ilmiöinä. Työn imu on positiivinen motivaatiotila, jossa työn imua kokeva henkilö on tarmokas, omistautunut ja uppoutunut työhönsä (Schaufeli, Salanova, Gonzáles-Romá, & Bakker, 2002). Nämä ominaisuudet voivat näkyä sinnikkyytenä haasteiden edessä, energisyytenä ja intona sekä vaikeutena irrottautua työstä. Työn imu on eri asia kuin työnarkomania tai työholismi (engl. workaholism). Käsitteet kuvaavat samankaltaisia ilmiöitä, mutta pääsääntöisesti työn imua pidetään positiivisena asiana siinä missä työnarkomania nähdään negatiivisena ilmiönä, joskin työnarkomanialle on myös positiivisia määrittelyjä (ks. Schaufeli, Taris, & Bakker, 2006b). Molemmat termit viittaavat ahkeraan työntekoon, mutta vain työnarkomaanille työskentely on pakonomaista (Schaufeli ym., 2006b). Tämän tutkimuksen viitekehysten näkökulmasta siis työnarkomania olisi paineita asettava tekijä, kun taas työn imu voisi olla motivaattori. Työn imun ja sairauslääsnäolon yhteyttä ei kuitenkaan ole aiemmin tutkittu. Schaufeli, Bakker ja Van Rhenen (2009) ovat tosin todenneet työn imun olevan yhteydessä sairauspoissaolojaksojen lukumäärän vähyyteen. On mahdollista, että tämä johtuisi suuremmasta sairauslääsnäolon määrästä. Caverley ym. (2007) puhuvatkin korvaushypoteesista (engl. substitution hypothesis): on mahdollista, että tekijät, jotka vähentävät sairauspoissaoloa, lisäävät sairauslääsnäoloa. Toisaalta poissaolojen vähenemisen lisäksi työn imun on todettu myös lisäävän hyvinvointia (Schaufeli ym., 2006b). Hyvän terveyden voi olettaa vähentävän sekä sairauspoissaoloa että sairauslääsnäoloa, kun sairastaminen ylipäättään vähenee.

Hakanen, Bakker ja Schaufeli (2006) ovat todenneet työn imun lisäävän organisaatioon sitoutumista. *Organisaatioon sitoutuminen* voi niin ikään olla tekijä, joka ei lähtökohtaisesti ole negatiivinen ilmiö, mutta voi silti lisätä sairauslääsnäoloa. Cook ja Wall (1980) määrittelevät organisaatioon sitoutumisen kiintymykseksi organisaatioon, sen tavoitteisiin ja arvoihin sekä haluksi panostaa organisaation hyväksi. On mahdollista, että suuri sitoutumisen aste näkyisi haluna työskennellä sairaanakin. Tätäkään ilmiötä ei ole sairauslääsnäolon näkökulmasta tutkittu. Clausen, Christensen ja Borg (2010) ovat kuitenkin selvittäneet organisaatioon sitoutumisen ja työn merkityksellisuuden kokemisen yhteyttä yli kahden viikon sairauspoissaoloihin. Vähäinen

sitoutuminen oli riski yli kahden viikon poissaoloille, kun taas kohtalainen sitoutuminen suojasi yli kahdeksan viikon poissaoloilta. Vähäinen merkityksellisyyden kokemus oli positiivisesti yhteydessä yli kahden ja kahdeksan viikon poissaoloihin. Kuitenkaan korkea sitoutuminen tai korkea merkityksellisyyden kokemus ei kumpikaan osoittautunut suojaavaan pitkiltä sairauspoissaoloilta.

1.4.3. Henkilöön liittyvät tekijät, olosuhteet ja asenteet

Hansen ja Andersen (2008) ovat todenneet työhön liittyvien läsnäolopaineiden olevan merkittävämpiä sairauslänäolon selittäjiä kuin henkilökohtaiset olosuhteet ja asenteet. Kuitenkin myös henkilöön liittyvät tekijät vaikuttavat sairauslänäolopäätökseen ja ovat keskeisiä sairauslänäolosta aiemmin esitetyissä malleissa. Aronssonin ja Gustafssonin (2005) mallissa tämän kategorian läsnäolopaineita ovat oma taloudellinen tilanne ja vaikeus kieltäytyä toisten vaatimuksista. Johnsin (2010) mallissa taas henkilöön liittyviä tekijöitä ovat muun muassa asenteet työtä ja poissaoloa kohtaan, persoonallisuus, taipumus omaksua sairaan rooli sekä sukupuoli. Tässä tutkimuksessa henkilöön liittyvistä tekijöistä otetaan huomioon terveydentila ja sairauspoissaolojen määrä sekä taustamuuttujina ikä, sukupuoli ja koulutus. Näiden tässä tutkimuksessa huomioon otettujen tekijöiden lisäksi seuraavaksi esitellään myös muita keskeisiä henkilöön liittyviä tekijöitä kokonaiskuvan muodostamiseksi.

Terveyden yhteys sairauslänäoloon on ilmeinen. Heikko terveys lisää sairastamista, joka itsessään on sairauslänäolon välttämätön edellytys. Heponiemi ym. (2010) havaitsivat sairauslänäolon olevan yleisempää niillä, joilla on huonompi terveys sekä tupakoivilla, iäkkäämmillä, enemmän alkoholia kuluttavilla, vähemmän liikkuvilla ja vähemmän optimistisilla. On todennäköistä, että useat näistä tekijöistä ovat selittäjiä myös huonolle terveydelle. Hansen ja Andersen (2008) ovat myös todenneet, että sairauslänäolo ja *sairauspoissaolo* kulkevat voimakkaasti käsi kädessä. He havaitsivat paljon sairaana poissaolevien olevan myös paljon sairaana töissä. Huomionarvoista on lisäksi se, että sairauslänäoloa esiintyy usein poissaolojaksoon välittömästi liittyen, toisin sanoen sinnitellään sairaana töissä ennen kuin jäädään sairauslomalle ja palataan takaisin vielä puolikuntoisena (Sanderson & Cocker, 2013).

Useammissa tutkimuksissa (esim. Aronsson & Gustafsson, 2005; Löve, Grimby-Ekman, Eklöf, Hagberg, & Dellve, 2010) on todettu *naisten* olevan hieman miehiä useammin sairaana töissä, mutta esimerkiksi Gustafsson ja Marklund (2011) eivät havainneet samaa yhteyttä. Tätä voi selittää muun muassa Aronssonin ja Gustafssonin tutkimuksessa naisten suuri osuus aloilla, joilla sairauslänäoloa esiintyi paljon. Myös *iän* suhteen tulokset ovat vaihtelevia. Sekä Hansen ja

Andersen (2008) että Aronsson ja Gustafsson (2005) havaitsivat sairauslääsnäolon vähenevän iän myötä. Kuitenkin Johnsin (2011) tutkimuksessa iällä ja sairauslääsnäololla osoittautui olevan heikko positiivinen yhteys. Gustafsson ja Marklund (2011) taas ovat todenneet sairauslääsnäolon olevan yleisintä keski-ikäisillä. He havaitsivat myös matalan *koulutuksen* olevan yhteydessä sairauslääsnäoloon: sairauslääsnäolo oli todennäköisempää niillä, joilla ei ollut yliopistokoulutusta. Samansuuntaisen havainnon koulutuksesta tekivät niin ikään Aronsson ja Gustafsson (2005).

Näiden seikkojen lisäksi viitekehyksenä toimivat mallit sisältävät myös muita henkilöä ja hänen tilannettaan kuvaavia tekijöitä, joiden on todettu olevan yhteydessä sairauslääsnäoloon. Aronsson ja Gustafsson (2002) ottivat tutkimuksessaan *persoonallisuuden* huomioon suorituskeskeisen itsetunnon osalta (ruots. *prestationsbaserad självkänsla*). He olettivat, että suorituskeskeinen itsetunto näkyy vaikeutena rajoittaa liian suuria vaatimuksia ja että tämä ominaisuus lisääsi sairauslääsnäoloa yhdessä työn vaatimusten ja aikapaineiden kanssa. Yhdysvaikutusta ei kuitenkaan havaittu, vaan suorituskeskeinen itsetunto itsessään lisäsi sairauslääsnäoloa. Myöhemmin Aronsson ja Gustafsson (2005) viittaavat samaan asiaan henkilökohtaisena rajattomuutena (engl. *individual boundarylessness*). He havaitsivat, että vaikeus kieltäytyä toteuttamasta toisten toiveita ja vaatimuksia sekä sama vaikeus asettaa rajoja liiallisten vaatimusten äärellä lisäsi sairauslääsnäoloa. Hansen ja Andersen (2008) nimittivät jokseenkin samankaltaista ilmiötä Siegristin ym. (2004) tapaan ylisitoutumiseksi (engl. *over-commitment*) ja havaitsivat sen tärkeimmäksi henkilöön liittyväksi sairauslääsnäolon selittäjäksi. Löve ym. (2010) havaitsivat niin ikään suorituskeskeisen itsetunnon (engl. *performance-based self-esteem*), joskin eri tavoin mitatun, olevan positiivisesti yhteydessä sairauslääsnäoloon nuorilla aikuisilla niin työssä kuin opiskelussakin. Johns (2011) ei kuitenkaan havainnut tunnollisuutta merkittäväksi sairauslääsnäolon selittäjäksi tutkimuksessa, jonka otos koostui kauppakorkeakoulusta valmistuneista. Hän selvitti myös neuroottisuuden osuutta asiaan ja havaitsi sen olevan negatiivisesti yhteydessä sairauslääsnäoloon, vastoin oletustaan.

Myös *asenteet ja arvot* vaikuttavat sairauslääsnäolon yleisyyteen. Suomalaisessa tutkimuksessa selitettiin kolmen kunnan sairauspoissaoloeroja kuntien väestörakenteen historialla: vahvinten työväenluokkaan identifioituvan kunnan työntekijöiden ajateltiin kokevan oikeuden sairauspoissaoloon vuosien taistelun kautta saavutetuksi oikeudeksi, kun taas keskiluokkaisempia lähtökohtia edustavassa kunnassa ajateltiin koettavan enemmän velvollisuuksia työpaikkaa kohtaan (Virtanen, Nakari, Ahonen, Vahtera, & Pentti, 2000). Loogisesti sairauslääsnäolo on todennäköisintä niillä, jotka suhtautuvat kriittisimmin sairauspoissaoloon (Hansen & Andersen, 2008). Crout ym. (2005) tuovat esiin hoitoalan työntekijöiden arvot auttajina ja ammatilliset normit, jotka voivat johtaa sairastuessa uhrautuvaan rooliin. Lääkäreiden sairauslääsnäoloa selittää myös lääkäreiden

keskuudessa yleinen ajatus ”lääkäreiden ei kuulu sairastaa”, joka myös estää lääkäreiden hoitoon hakeutumista (McKevitt & Morgan, 1997). Suomalaisessa tutkimuksessa lääkäreiden yleisin syy (47 %) sairaana työskentelyyn oli käsitys, ettei lääkäreiden ole tapana ottaa sairauslomaa, elleivät ole vuoteenomia (Mäenpää & Virjo, 2012). Lääkäri usein kieltääkin oireensa eikä asetu sairaan rooliin (Mäenpää, 2000). Johns (2010) liittää tähän atribuutioteorian: sairaan roolin helposti omaksuva määrittää toimintaansa sairauden näkökulmasta ja jää herkemmin sairauslomalle, ja sairaana työskennellessäänkin on herkempi tuloksellisuuden laskulle.

Myös eri sairauksiin kohdistuvat asenteet voivat vaikuttaa sairauslänäoloon. Cocker ym. (2011) tuovat esiin masennusta koskevassa tutkimuksessaan, että työntekijä saattaa valita sairauslänäolon välttääkseen masennuksesta johtuvaa stigmaa. Masennusta ei välttämättä myöskään koeta aina hyväksyttäväksi syyksi poissaololle. Johns ja Xie (1998) totesivat sekä kanadalaisten että kiinalaisten pitävän muita sairauksia ja jopa huonoa säätä masennusta hyväksyttävämpänä syynä poissaololle.

Aronsson ja Gustafsson (2005) ovat todenneet, että *taloudellisista vaikeuksista* kärsivät henkilöt ovat muita useammin sairaana töissä. Hansen ja Andersen (2008) eivät kuitenkaan havainneet samaa, joskin he epäilevät, etteivät pystyneet riittävän tarkasti erottelemaan, ketkä tutkimuksensa otoksessa saivat täyttä sairausajan palkkaa, ja keille poissaolo tuotti taloudellista tappiota. Tutkimuksen kohdemaassa Tanskassa etenkin matalapalkkaisilla aloilla sairausajan korvaus on 90 % alan minimipalkasta, mikä voi olla huomattava taloudellinen syy työskennellä sairaanakin. Huomionarvoista on myös se, että Aronsonin ja Gustafsonin tutkimus on toteutettu Ruotsissa, jossa ensimmäinen poissaolopäivä on karenssipäivä. Tanskassa sen sijaan karenssipäiväkäytäntöä ei ole. Crout ym. (2005) totesivat taloudellisen huolen australialaisten hoitajien yhdeksi sairauslänäoloa selittäväksi tekijäksi silloin, kun tiedossa oli, ettei sairausloma-ajalta maksettaisi korvauksia.

Hansen ja Andersen (2008) liittävät henkilökohtaisten länäolopaineiden kategoriaan myös *perhetilanteen* Hochschildin (2008) esityksen mukaan. Hochschild kuvaa ilmiötä, jossa ”työstä tulee koti ja kodista työ”. Hyvä työympäristö ja vaikeat olosuhteet kotona voivat tehdä työstä kotia houkuttelevamman paikan, myös sairaana. Työn ja perheen vaatimukset voivat olla myös keskenään ristiriitaisia. Johns (2011) ei havainnut tilanteen, jossa perhe vaikutti haitallisesti työhön, olevan yhteydessä sairauslänäoloon, mutta sen sijaan tilanteen, jossa työ haittasi perhe-elämää, vaikutus sairauslänäoloon oli merkittävää. Jälkimmäisen katsottiin johtuvan työhön liittyvistä länäolopaineista: samat paineet aiheuttavat niin ristiriidan kuin sairauslänäolonkin.

1.5. Tutkimuskysymykset ja -hypoteesit

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sairauslänäoloon yhteydessä olevia tekijöitä suomalaisilla tön tekijöillä. Tutkimuksen teoreettisena pohjana on kolme mallia. Lähtökohtana sairauslänäolon selittämiseksi toimii Aronssonin ja Gustafssonin (2005) sekä Johnsin (2010) mallit sairauslänäolosta. Työn vaatimusten ja voimavarojen malli (Demerouti ym., 2001) toimii pohjana sairauslänäölle altistavien tekijöiden jaottelussa paineita asettaviin ja motivoiviin tekijöihin.

Tutkimuksessa etsitään vastausta kolmeen kysymykseen. *Ensinäkin* selvitetään, kuinka yleistä sairauslänäolo on, ja onko siinä eroja sukupuolen, iän, koulutuksen, terveydentilan ja sairauspoissaolojen määrän mukaan. Aiempien tutkimusten perusteella oletuksena on, että naissukupuoli, nuori ikä, matala koulutus, huono terveydentila ja runsaat sairauspoissaolot olisivat positiivisesti yhteydessä sairauslänäoloon.

Toiseksi tarkastellaan työhön liittyviä läsnäolopaineita. Tällaisina tekijöinä tutkitaan työmäärää, työn säätelymahdollisuuksia ja kokemusta työn epävarmuudesta. Oletuksena on, että suuri työmäärä, vähäiset työn säätelymahdollisuudet ja työn epävarmuus ovat positiivisesti yhteydessä sairauslänäoloon.

Kolmanneksi tarkastellaan läsnäolomotivaattoreita: työn merkitykselliseksi kokemista, työn imua ja organisaatioon sitoutumista. Oletus on, että nämä tekijät ovat positiivisesti yhteydessä sairauslänäoloon.

2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1. Aineiston keruu ja tutkittavat

Tämä tutkimus pohjautuu ”Palkitseva ja kestävä hyvinvointia edistävä johtajuus” -tutkimushankkeessa kerättyyn aineistoon (engl. Rewarding and sustainable health-promoting leadership, RE-SU-LEAD). Hanke on Suomen, Ruotsin ja Saksan yhteinen ja Suomessa hanketta rahoittaa Työsuojelurahasto. Hankkeessa selvitetään, miten esimiestyöllä voidaan vaikuttaa pitkäjänteisesti työhyvinvointiin. Tässä tutkimuksessa käytetään hankkeen Suomessa kerättyä työntekijäaineistoa.

Aineisto koostuu neljän eri kunnan työntekijöistä. Alun perin lähestyttiin tutkimuspyynnöllä yhdeksää Länsi-Suomen läänissä sijaitsevan kunnan henkilöstöpäällikköä. Lopulta näistä kunnista osallistui neljä: Hämeenlinna, Pori, Sastamala ja Seinäjoki. Henkilöstöpäälliköt päättivät, mitkä kunnan työyksiköt osallistuvat tutkimukseen. Aineisto kerättiin verkko- ja paperikyselyillä keväällä 2011. Kyselyitä lähetettiin työntekijöille 915, joihin vastauksia saatiin 557. Vastanneista 275 vastasi verkkokyselyyn ja 282 paperikyselyyn. Yhteensä 24 henkilöä poistettiin otoksesta, koska he olivat vastaushetkellä poissa työstä kohdeorganisaatioissa erilaisista syistä, esimerkiksi vanhempainvapaalla. Lopullinen vastausprosentti oli 62,5 ja sen vaihteluväli kunnittain oli 51,9–67,2 %.

Vastaajista suuri enemmistö eli 84,7 % oli naisia. Iältään tutkittavat olivat 21–65-vuotiaita keskiarvon ollessa 48,3. Alle 36-vuotiaita oli 11,9 %, 36–45-vuotiaita 22,5 %, 46–55-vuotiaita 39,7 % ja yli 56-vuotiaita 26,0 %. Ammattialoista yleisimpinä lastenhoito, opetustyö ja siivous kattoivat kukin noin viidesosan aineistosta. Taulukko 1 kuvaa tarkemmin tutkittavien jakautumista eri ammattialoille.

Vastaajista 39,9 %:lla oli ammatillinen perustutkinto tai ylioppilastutkinto. Vain perus- tai keskikoulun oli käynyt 13 %. Ammatillinen opistoasteen tutkinto, erikoisammattitutkinto, AMK-tutkinto tai alempi korkeakoulututkinto oli 23 %:lla ja ylempi korkeakoulututkinto, lisensiaatin tai tohtorin tutkinto löytyi 24,1 %:lta vastaajista. Valtaosa eli 93,9 % vastaajista oli pysyvässä työsuhteessa ja 68,1 % työskenteli 38–40 tuntia viikossa. Yli 40 tuntia viikossa työskenteleviä oli 10,2 % ja 31–37 tuntia työskenteleviä oli 16,7 %. Alle 30 tuntia viikossa työtä teki 5 % vastaajista.

Taulukko 1. Vastaajien jakautuminen ammattialoittain ($N = 557$)

Ammattiala	<i>n</i>	%
Lastenhoito	120	21,5
Opetustyö	119	21,4
Siivous	106	19,0
Ruokapalvelu	65	11,7
Kiinteistöhuolto	39	7,0
Muu hoitotyö	30	5,4
Toimistotyö	28	5,0
Sosiaalityö	16	2,9
Yleishallinto	11	2,0
Taloushallinto	8	1,4
Rakennushallinto	8	1,4
Lääkärit	7	1,3

2.2. Menetelmät ja muuttujat

Aineisto kerättiin 14-sivuisella lomakkeella, jolla selvitettiin työn ominaisuuksia, esimiehen johtamiskäyttäytymistä, työhyvinvointia, yleistä hyvinvointia ja terveyttä sekä taustatekijöitä työhön ja elämäntilanteeseen liittyen. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin taustatekijöiden lisäksi tietoja sairauslääsnäolosta, sairauspoissaoloista, terveydestä, työmäärästä, työn säätelymahdollisuuksista, työn epävarmuudesta, työn merkityksellisyydestä, työn imusta ja organisaatioon sitoutumisesta.

Sairauslääsnäoloa selvitettiin kysymyksellä ”*Kuinka usein viimeisen 6 kuukauden aikana olet mennyt töihin vaikka olet tuntenut, että terveydentilasi vuoksi olisi pitänyt jäädä kotiin?*”. Kysymys on asettelultaan hyvin samankaltainen kuin useissa aiemmissa tutkimuksissa. Kuitenkin käytetty kuuden kuukauden ajanjakso poikkeaa aiemmista, joissa on pääsääntöisesti selvitetty sairauslääsnäoloa koko vuoden ajalta (esim. Aronsson & Gustafsson, 2005; Heponiemi ym., 2010). Vastausasteikko oli viisiportainen (1 = ei koskaan, 5 = enemmän kuin viisi kertaa).

Sairauspoissaoloja kysyttiin vastaavasti kuuden kuukauden ajalta sanoin ”*Kuinka monta kertaa olet ollut poissa työstä oman terveydentilasi vuoksi?*”. Kysymykseen ei ollut valmiita vastausluokkia, eli toisin sanoen vastaajaa pyydettiin kertomaan poissaolokertojen lukumäärä. *Terveydentilaa* selvitettiin yhdellä kysymyksellä: ”*Miten kuvailisit terveydentilaasi yleisesti ottaen?*”. Vastausvaihtoehtoja oli viisi huonosta (= 1) erinomaiseen (= 5).

Lääsnäolopaineina tutkittiin työmäärää, työn säätelymahdollisuuksia ja työn epävarmuutta. *Työmäärää* mitattiin QWI-mittarilla (Quantative Workload Inventory), jolla voidaan selvittää kokemusta työn määrätä ja kiireestä (Spector & Jex, 1998). Mittarissa on viisi kysymystä (esim. ”*Kuinka usein Sinulla on niin paljon töitä, ettet pysty suoriutumaan niistä hyvin?*”), joihin

vastataan viisiportaisella asteikolla (1 = hyvin harvoin tai ei ollenkaan, 5 = hyvin usein tai aina). Kysymyksistä muodostettiin keskiarvosummamuuttuja, jonka Cronbachin alfa oli .830.

Työn säätelymahdollisuuksia selvitettiin neljällä kysymyksellä, jotka liittyivät mahdollisuuksiin itse päättää työtehtävistä ja työtavoista (esim. *"Voin suorittaa työtehtäväni tavalla, jonka itse katson parhaimmaksi"*). Vastausasteikko oli sama viisiportainen kuin edellä. Kysymyksistä muodostetun keskiarvosummamuuttujan Cronbachin alfa oli .795.

Työn epävarmuutta mitattiin neljällä kysymyksellä (esim. *"Olen epävarma työsuhteeni tulevaisuudesta"*), joihin vastattiin 5-portaisella Likert-asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Kysymyksistä muodostettiin keskiarvosummamuuttuja, jonka Cronbachin alfa oli .893. Sekä työn säätelymahdollisuuksien että työn epävarmuuden mittausta perustui ns. Psycones-projektissa käytettyihin menetelmiin (Guest, Isaksson, & De Witte, 2010).

Läsnäolomotivaattoreina tutkittiin työn merkityksellisyyttä, työn imua ja organisaatioon sitoutumista. *Työn merkityksellisyyttä* mitattiin Kristensin, Hannerzin, Høghin ja Borgin (2005) COPSOQ-mittarin (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) kolmella työn merkityksellisyyttä mittaavalla kysymyksellä (esim. *"Tunnetko, että työsi on tärkeää?"*). Vastausasteikko oli viisiportainen (1 = hyvin pienessä määrin, 5 = hyvin suuressa määrin). Muodostetun keskiarvosummamuuttujan Cronbachin alfa oli .803.

Työn imua selvitettiin Schaufelin, Bakkerin ja Salanovan (2006a) UWES-9-mittarin (Utrecht Work Engagement Scale) kahdella ulottuvuudella. Työn imun ulottuvuuksista otettiin huomioon sekä tarmokkuus että omistautuminen, joita kumpaakin mitattiin kolmella väittämällä (esim. *"Aamulla herättyäni minusta tuntuu hyvältä lähteä töihin"*, *"Olen innostunut työstäni"*). Vastausasteikko oli 7-portainen (0 = ei koskaan, 6 = joka päivä). Osioista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja, jonka Cronbachin alfa oli .918. Uppoutumien jätettiin pois, koska tarmokkuutta ja omistautumista pidetään työn imun keskeisimpinä ulottuvuuksina (esim. González-Romá, Schaufeli, Bakker, & Lloret, 2006).

Organisaatioon sitoutumista kartoitettiin Cookin ja Wallin (1980) mittarin pohjalta neljällä väittämällä, jotka mittaavat organisaatioon identifioitumista, lojaaliutta ja halua panostaa organisaation hyväksi (esim. *"Vaikka tällä organisaatiolla menisi taloudellisesti huonosti, en haluaisi vaihtaa työpaikkaa"*, *"Työssäni haluan tuntea ponnistelevani paitsi itseni myös organisaation hyväksi"*). Väittämiin vastattiin 5-portaisella Likert-asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Väittämistä muodostettiin keskiarvosummamuuttuja, jonka Cronbachin alfa oli .764.

Kaikkien muodostettujen summamuuttujien vaihteluväli oli 1–5, paitsi työn imun, jonka vaihteluväli oli 0–6. Taustatekijöinä tutkittiin *sukupuolta, koulutusta ja ikää*.

2.3. Aineiston analysointi

Aineiston analysointi toteutettiin IBM SPSS 21.0. tilasto-ohjelmalla. Muuttujien välisiä korrelaatioita tutkittiin Pearsonin korrelaatiokertoimilla ja Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimilla kategoristen muuttujien (sukupuoli, koulutus, sairauslääsnäolo) osalta. Sairauslääsnäolon määrää eri ryhmissä sukupuolen, iän, koulutuksen, terveyden ja sairauspoissaolojen suhteen tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja χ^2 -testillä. Näiden tarkastelujen jälkeen riippumattomien muuttujien osuutta sairauslääsnäolon selittämisessä tarkasteltiin binaarisen logistisen regressioanalyysin (enter-menetelmä) avulla. *Ikä* ja *työn säätelymahdollisuudet* jätettiin regressioanalyysistä pois, koska ne eivät korreloineet sairauslääsnäolon kanssa. Muiden riippumattomien muuttujien osalta muodostettiin aluksi kullekin oma regressiomalli, minkä jälkeen monimuuttujamalleja toteutettiin kolme. Ensimmäisessä selittäjinä olivat taustatekijät eli *sukupuoli* ja *koulutus* sekä *terveydentila* ja *sairauspoissaolot*. Toisessa ja kolmannessa analyysissä edellä mainitut asetettiin malliin ensimmäisellä askeleella ja toisella askeleella lisättiin joko sairauslääsnäoloon painostavat tekijät eli *työmäärä* ja *työn epävarmuus* tai lääsnäolomotivaattorit eli *työn merkityksellisyys*, *työn imu* ja *organisaatioon sitoutuminen*. Yhteyksiä tulkittiin ristitulosuhteiden (odds ratio, OR) avulla ja niiden 95 %:n luottamusväleinä (esim. Agresti, 2007). Mallien selityasteita arvioitiin Nagelkerken pseudo R^2 -kertoimen avulla (esim. Nummenmaa, 2007).

Ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä varten sekä *sairauslääsnäolo* että *sairauspoissaolot* jaettiin kolmeen luokkaan. Sairauslääsnäolon luokat olivat 0–1 kertaa, 2–5 kertaa ja yli 5 kertaa. Logistista regressiota varten riippuva muuttuja eli sairauslääsnäolo jaettiin edelleen kahteen luokkaan: 0–1 kertaa (= ei sairauslääsnäoloa) ja 2 tai useampia kertoja (= on sairauslääsnäoloa). Vastaavaa jaottelua, jossa sairauslääsnäolo otetaan huomioon vain, jos sitä tapahtuu useammin kuin kerran, on käytetty aiemmissakin tutkimuksissa (esim. Aronsson & Gustafsson, 2005; Böckerman & Laukkanen, 2010). Muitakin jaotteluja on kuitenkin käytetty. Esimerkiksi Löve ym. (2010) asettivat sairauslääsnäolon rajan yli neljään kertaan vuodessa. *Sairauspoissaolojen* kolmiluokkainen jako oli 0 kertaa, 1–2 kertaa ja yli 3 kertaa. Luokkien rajat eivät voineet olla samat kuin sairauslääsnäolossa, koska yli 5 kertaa poissaolleita oli hyvin pieni joukko.

Koulutus jaettiin kaikkia tarkasteluja varten kahteen luokkaan (1 = korkeintaan ammattikoulutai yo-tutkinto, 2 = erikoisammattitutkinto, opistoasteen tutkinto, AMK-tutkinto tai mikä tahansa korkeakoulututkinto). Ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä varten *ikä* jaettiin neljään luokkaan (–35, 36–45, 46–55, 56–) ja *terveys* kolmeen luokkaan (huono tai kohtalainen, hyvä, erittäin hyvä).

3. TULOKSET

3.1. Sairauslääsnäolon yleisyys ja muuttujien väliset korrelaatiot

Vastaajista 68,3 % oli ollut vähintään kerran sairaana töissä viimeisten kuuden kuukauden aikana. 46,7 % oli ollut sairaana töissä useammin kuin kaksi kertaa ja yli viisi kertaa oli ollut 8,1 % vastaajista.

Muuttujien väliset korrelaatiot on esitetty taulukossa 2. Siitä nähdään ensinnäkin, että ikä ja työn säätelymahdollisuudet eivät korreloineet sairauslääsnäolon kanssa. Sen sijaan sukupuoli ja koulutus olivat lievästi yhteydessä sairauslääsnäoloon. Korrelaatiot viittaavat siihen, että naiset ja vähemmän koulutetut olisivat useammin sairaana töissä. Toiseksi taulukosta havaitaan, että sairauslääsnäololle paineita asettavista tekijöistä työn säätelymahdollisuudet ja työn epävarmuus korreloivat erittäin merkitsevästi keskenään: mitä vähemmän säätelymahdollisuuksia, sitä enemmän epävarmuutta. Säätelymahdollisuudet korreloivat positiivisesti myös kaikkien motivaattoreiden kanssa. Työmäärä ei kuitenkaan korreloinut merkitsevästi kahden muun lääsnäolopaineen kanssa. Kolmanneksi nähdään, että kaikki motivaattoritekijät korreloivat erittäin merkitsevästi keskenään, etenkin työn merkityksellisyyden ja työn imun välinen yhteys oli vahva ($r = .676, p < .001$). Kaikki motivaattorit korreloivat sairauslääsnäolon kanssa negatiivisesti.

Taulukko 2. Muuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja korrelaatiot ($N=545-557$) Kyseessä Pearsonin korrelaatiokertoimet paitsi Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin kategorisissa muuttujissa 1, 3 ja 12

Muuttujat			Korrelaatiot										
ka	kh		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Sukupuoli ^a													
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Ikä	48,25	9,72	-.018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	.111**	-.240***	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Koulutus ^b													
	-	-	.111**	-.284***	.213***	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Terveystila	3,29	0,89	.111**	-.284***	.213***	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	.111**	-.284***	.213***	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Sairauspoissaolo	1,16	1,53	-.101*	-.108*	-.072	-.234**	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-.101*	-.108*	-.072	-.234**	-	-	-	-	-	-	-
6. Työmäärä	3,63	0,63	-.239***	-.006	.059	-.113**	.052	-	-	-	-	-	-
	-	-	-.239***	-.006	.059	-.113**	.052	-	-	-	-	-	-
7. Säätelymahdollisuudet	3,54	0,76	.042	-.073	.226***	.125**	-.080	-.077	-	-	-	-	-
	-	-	.042	-.073	.226***	.125**	-.080	-.077	-	-	-	-	-
8. Työn epävarmuus													
	1,90	1,00	-.061	-.010	-.283***	-.194***	.098*	.061	-.234***	-	-	-	-
	-	-	-.061	-.010	-.283***	-.194***	.098*	.061	-.234***	-	-	-	-
9. Työn merkityksellisyys	4,13	0,72	-.103*	.039	.036	.191***	-.013	.068	.357***	-.202***	-	-	-
	-	-	-.103*	.039	.036	.191***	-.013	.068	.357***	-.202***	-	-	-
10. Työn imu													
	4,74	1,09	-.100*	.050	-.004	.284***	-.083	.000	.288***	-.133**	.676***	-	-
	-	-	-.100*	.050	-.004	.284***	-.083	.000	.288***	-.133**	.676***	-	-
11. Organisaatioon sitoutuminen	3,83	0,82	-.031	.160***	-.036	.137**	-.096*	-.065	.205***	-.192***	.390***	.451***	-
	-	-	-.031	.160***	-.036	.137**	-.096*	-.065	.205***	-.192***	.390***	.451***	-
12. Sairauslääkärinäolo ^c													
	-	-	-.087*	-.014	-.101*	-.343**	.360***	.190***	-.069	.158***	-.115**	-.123**	-.122**
	-	-	-.087*	-.014	-.101*	-.343**	.360***	.190***	-.069	.158***	-.115**	-.123**	-.122**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

^a 1 = nainen, 2 = mies

^b 1 = korkeintaan ammattikoulu tai yo-tutkinto, 2 = erikoisammattitutkinto, opistoasteen tutkinto, AMK-tutkinto tai mikä tahansa korkeakoulututkinto

^c 1 = 0-1 kertaa, 2 = useammin kuin kerran

3.2. Sairauslääsnäolo taustatekijöiden, terveydentilan ja sairauspoissaolojen mukaan

Ristiintaulukointi ja χ^2 -testi eivät osoittaneet merkitseviä yhteyksiä sairauslääsnäolon ja sukupuolen, iän tai koulutuksen välillä (taulukko 3) toisin kuin korrelaatiot (ks. taulukko 2). Terveys ja sairauspoissaolojen määrä sen sijaan olivat yhteydessä sairauslääsnäoloon siten, että eniten sairaana töissä olivat huonon tai kohtalaisen terveyden omaavat ($p < .001$) ja paljon sairaana poissaolevat ($p < .001$).

Taulukko 3. Sairauslääsnäolo viimeisen 6 kuukauden aikana sukupuolen, iän, koulutuksen, terveyden ja sairauspoissaolojen mukaan prosentteina

Taustatekijä	<i>n</i>	Sairauslääsnäolo			χ^2	<i>p</i>
		0-1 kertaa %	2-5 kertaa %	yli 5 kertaa %		
<i>Sukupuoli</i>	555				4.27	.118
nainen	470	52	40	8		
mies	85	64	29	7		
<i>Ikä</i>	545				10.34	.111
–35	65	48	49	3		
36–45	122	53	43	4		
46–55	217	54	35	11		
56–	141	53	37	10		
<i>Koulutus^a</i>	547				5.81	.055
matala	290	49	42	9		
korkea	257	59	35	7		
<i>Terveys</i>	555				90.31	<.001
huono / koht.	99	23	52	25		
hyvä	243	50	42	7		
erittäin hyvä	213	71	28	1		
<i>Poissaolo</i>	545				72.95	<.001
ei kertakaan	218	72	24	4		
1–2 kertaa	257	48	44	8		
3– kertaa	70	17	63	20		

^a matala = korkeintaan ammattikoulu tai yo-tutkinto, korkea = erikoisammattitutkinto, opistoasteen tutkinto, AMK-tutkinto tai mikä tahansa korkeakoulututkinto

Regressiomallit sukupuolen, koulutuksen, terveyden ja sairauspoissaolojen osalta on esitetty taulukossa 4. Ainoina selittäjinä sekä sukupuoli että koulutus olivat merkitseviä sairauslääsnäolon

selittäjiä 5 %:n merkitsevyystasolla. Naisten riski sairauslänäoloon oli 1,6-kertainen miehiin verrattuna ja matalamman koulutuksen omaavilla 1,5-kertainen korkeammin koulutettuihin nähden. Terveiden ja sairauspoissaolojen yhteys sairauslänäoloon oli selvempi ja kumpikin selitti noin kuudesosan sairauslänäolon vaihtelusta. Sairauspoissaolokertojen voitiin todeta lisäävän sairauslänäolon riskiä ja parempi terveys sen sijaan vähensi riskiä.

Taulukko 4. Sukupuoli, koulutus, terveys ja sairauspoissaolot sairauslänäolon selittäjinä (jokainen selittäjä yksin omassa regressiomallissa)

Riippuva muuttuja: <i>Sairauslänäolo</i>							
Riippumattomat muuttujat	B	SE	Waldin testi	Ristitulo-suhde OR	95 %:n luottamusväli	<i>p</i>	Nagelkerke R^2
Sukupuoli ^a	-0.495	0.244	4.139	1.641*	1.02–2.65	.042	.010
Koulutus ^b	-0.409	.173	5.603	1.505*	1.07–2.11	.018	.014
Terveys	-0.881	0.114	59.541	0.414***	0.33–0.52	< .001	.160
Sairauspoissaolot	0.660	0.089	54.742	1.934***	1.62–2.30	< .001	.173

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

^a referenssikategoriana mies

^b referenssikategoriana erikoisammattitutkinto, opistoasteen tutkinto, AMK-tutkinto tai mikä tahansa korkeakoulututkinto

3.3. Sairauslänäolon selittyminen länäolopaineilla ja -motivaattoreilla

Kunkin länäolopaineen ja länäolomotivaattorin osalta omat regressiomallit on esitetty taulukossa 5. Ainoina selittäjinä sekä työmäärä että työn epävarmuus olivat merkitseviä sairauslänäolon selittäjiä ($p < .001$). Kummatkin kasvaessaan lisäsivät sairauslänäolon riskiä. Kaikki länäolomotivaattorit sen sijaan näyttivät vähentävän sairauslänäolon riskiä ($p < .01$).

Taulukossa 6 on esitetty kolme monimuuttujamallia. Sukupuolen ja koulutuksen merkitsevät yhteydet sairauslänäoloon hävisivät, kun ne otettiin huomioon yhtä aikaa ja terveyden sekä sairauspoissaolojen kanssa. Tämän mallin (malli 1) avulla voitiin selittää 27,5 % sairauslänäolon vaihtelusta. Länäolopaineiden eli *työmäärän* ja *työn epävarmuuden* lisääminen ensimmäiseen malliin nosti selitysasteen 31,3 prosenttiin (malli 2). Työn epävarmuus ei ollut enää tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä sairauslänäoloon. Työmäärän ja sairauslänäolon yhteys kuitenkin säilyi. Länäolomotivaattoreiden eli *työn merkityksellisyyden*, *työn imun* ja *organisaatioon sitoutumisen* lisääminen ensimmäiseen malliin (malli 3) muutti selitystasetta alle prosenttiyksiköllä eikä mikään näistä muuttujista enää osoittautunut tilastollisesti merkitseväksi sairauslänäolon selittäjäksi.

Taulukko 5. Työmäärä, työn epävarmuus, työn merkityksellisyys, työn imu ja organisaatioon sitoutuminen sairauslääsnäolon selittäjinä (jokainen selittäjä yksin omassa regressiomallissa)

Riippuva muuttuja: <i>Sairauslääsnäolo</i>							
Riippumattomat muuttujat	B	SE	Waldin testi	Ristitulo-suhde OR	95 %:n luottamusväli	<i>p</i>	Nagelkerke R ²
<i>Läsnäolopaineet</i>							
Työmäärä	0.675	0.144	22.017	1.964***	1.48–2.60	< .001	.055
Työn epävarmuus	.307	0.088	12.299	1.360***	1.15–1.62	< .001	.031
<i>Motivaattorit</i>							
Työn merkitys	-0.347	0.122	8.120	0.707**	0.56–0.90	.004	.020
Työn imu	-0.244	0.080	9.234	0.783**	0.67–0.92	.002	.023
Organisaatioon sitoutuminen	-0.304	0.105	8.350	0.738**	0.60–0.91	.004	.020

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Taulukko 6. Logististen regressioanalyysien monimuuttujamallit. Ensimmäisellä askeleella lisätty mallin 1 muuttujat, toisella askeleella joko mallin 2 tai 3 muuttujat

Riippuva muuttuja: <i>Sairauslääsnäolo</i>						
Riippumattomat muuttujat	B	SE	Waldin testi	Ristitulo-suhde OR	95 %:n luottamusväli	<i>p</i>
<i>Malli 1</i>						
Sukupuoli ^a	0.113	0.273	0.171	1.120	0.66–1.91	.679
Koulutus ^b	0.081	0.199	0.166	1.085	0.73–1.60	.684
Terveys	-0.784	0.124	39.628	0.457***	0.36–0.58	<.001
Sairauspoissaolo	0.603	0.095	40.673	1.828***	1.52–2.20	<.001
<i>Malli 2</i> (<i>Malli 1 + läsnäolopaineet</i>)						
Työmäärä	0.683	0.170	16.072	1.981***	1.42–2.77	<.001
Työn epävarmuus	0.148	0.103	2.068	1.159	0.95–1.42	.150
<i>Malli 3</i> (<i>Malli 1 + läsnäolomotivaattorit</i>)						
Työn merkityksellisyys	-0.247	0.186	1.756	0.781	0.54–1.13	.185
Työn imu	0.044	0.129	0.118	1.045	0.81–1.35	.731
Organisaatioon sitoutuminen	-0.123	0.137	0.807	0.885	0.68–1.16	.369

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

^a referenssikategoriana mies

^b referenssikategoriana erikoisammattitutkinto, opistoasteen tutkinto, AMK-tutkinto tai mikä tahansa korkeakoulututkinto

4. POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin sairauslänäolon yleisyyttä ja sen ilmenemistä sukupuolen, iän, koulutuksen, terveyden ja sairauspoissaolojen mukaan. Lisäksi selvitettiin, voidaanko sairauslänäoloa selittää työhön liittyvillä läsnäolopaineilla tai läsnäolomotivaattoreilla. Läsnäolopaineina tässä tutkimuksessa tutkittiin työmäärää, työn säätelymahdollisuuksia ja työn epävarmuutta. Läsnäolomotivaattoreina tutkittiin puolestaan työn merkityksellisyyttä, työn imua ja organisaatioon sitoutumista. Tutkimuksen viitekehyksenä toimi Aronssonin ja Gustafssonin (2005) sekä Johnsin (2010) mallit sairauslänäolosta ja työn vaatimusten ja voimavarojen malli (Demerouti ym., 2001).

4.1. Päätulokset

Noin 47 % vastaajista oli työskennellyt viimeisen kuuden kuukauden aikana sairaana vähintään kaksi kertaa. Tulos on lähellä Heponiemen ym. (2010) havaintoa (48 %), mutta koska tässä tutkimuksessa arvioitava aika oli puolet lyhyempi kuin vertailututkimuksessa, voidaan sairauslänäolon todeta olleen tässä aineistossa yleisempää. Samasta syystä voidaan olettaa tuloksen olevan lähellä myös Aronssonin ja Gustafssonin (2005) ruotsalaisessa tutkimuksessa vuoden aikavälillä havaitsemaa 53 %:ia. Vähintään kerran sairaana työskennelleiden osuus (68 %) oli niin ikään lähellä tanskalaisessa tutkimuksessa vuoden aikana havaittua 70 %:ia (Hansen & Andersen, 2008).

Sukupuolen ja koulutuksen havaitut yhteydet sairauslänäoloon olivat heikkoja. Vaikutti siltä, että naiset ja matalammin koulutetut olisivat hieman useammin sairaana töissä. Yhteydet katosivat, kun otettiin huomioon myös terveys ja sairauspoissaolot. Aiemmissä tutkimuksissa on yhtäältä todettu naisten olevan useammin sairaana töissä (Löve ym., 2010) ja toisaalta on todettu, ettei sukupuolten välillä ole eroa (Gustafsson & Marklund, 2011). On siis todennäköistä, ettei sukupuolen ja sairauslänäolon yhteys ole kovin vahva. On mahdollista, että yhteys syntyy naisten herkemmästä hakeutumisesta aloille, joilla sairauslänäoloa esiintyy enemmän. Aiemmin on todettu sairauslänäolon olevan yleistä hoitoalalla ja perusopetuksessa, jotka ovat naisvaltaisia aloja (esim. Aronsson ym., 2000) ja jotka olivat edustettuina myös tässä tutkimuksessa.

Koulutuksen osalta on kahdessa ruotsalaisessa tutkimuksessa (Aronsson & Gustafsson, 2005; Gustafsson & Marklund, 2011) todettu tämän tutkimuksen suuntaisesti matalamman koulutuksen lisäävän riskiä sairauslänäololle, kun taas suomalaisessa tutkimuksessa (Heponiemi ym., 2010) yhteyttä ei havaittu. Tulosten vaihteluun voi vaikuttaa se, että sekä tässä että mainituissa kolmessa tutkimuksessa koulutuksen luokittelut toteutettiin jokaisessa eri tavoin. Matalan koulutuksen on todettu olevan selvästi yhteydessä terveysongelmiin (esim. Palosuo ym., 2007), joten koulutuksen ja sairauslänäolon yhteys voi selittyä terveyden kautta.

Iän osalta tässä tutkimuksessa on viitteitä siitä, että yli 45-vuotailta yli 5 kerran sairauslänäolokerrat olisivat yleisempiä kuin nuoremmilla (taulukko 3). Karkeammassa iän jaottelussa iän ja sairauslänäolon yhteyttä ei kuitenkaan tullut esiin. Aiemmat tulokset myös iän suhteen ovat vaihtelevia. On todettu sairauslänäolon vähenevän iän myötä, lisääntyvän iän myötä tai olevan yleisintä keski-ikäisillä (Aronsson & Gustafsson, 2005; Gustafsson & Marklund, 2011; Johns, 2011).

Merkittävimpiä sairauslänäolon selittäjiä tässä tutkimuksessa olivat terveys ja sairauspoissaolojen määrä. Näillä sekä taustatekijöillä pystyttiin selittämään 28 % sairauslänäolon vaihtelusta. Koska sairaus itsessään on välttämätön edellytys sairauslänäololle, on selvää, että heikko terveys, joka altistaa sairastamiselle, on merkittävä selittäjä. Koska myös sairauspoissaolot selittivät merkittävästi sairauslänäoloa, voidaan todeta että henkilöt, jotka olivat paljon sairaana poissa, olivat myös usein sairaana töissä. Tämä on yhdenmukainen tulos Hansenin ja Andersenin (2008) kanssa. Tässä tutkimuksessa vain 17 % yli kolme kertaa sairaana poissaolleista ei ollut myös työskennellyt sairaana. Vaikuttaa siis siltä, että tyypillinen sairauskäyttäytyminen ei ole joko tai -tyyppistä vaan sama työntekijä päätyy välillä sairauslänäoloon, välillä sairauspoissaoloon. Voi olla, että harvoin sairastavan on helppo sallia itselleen poissaolo joskus, kun taas usein sairastava ehkä kokee, ettei voi olla niin usein poissa kuin sairaudet edellyttäisivät, mutta sallii itselleen terveemmän tavoin joitakin poissaolokertoja.

Oletuksen mukaisesti läsnäolopaineista työmäärän todettiin lisäävän sairauslänäolon riskiä. Tulos on yhdenmukainen muun muassa Hansenin ja Andersenin (2008) kanssa, jotka totesivat aikapaineiden olevan merkittävin työhön liittyvä sairauslänäolon selittäjä. Ilmeisesti työntekijät haluavat välttää sekä työmäärän kasautumista itselle että kollegoiden työtaakan lisäämistä. Aiempien tulosten tapaan (esim. Heponiemi ym., 2010) myös työn epävarmuus lisäsi sairauslänäolon riskiä. Yhteys kuitenkin katosi muuttujien keskinäisten korrelaatioiden vuoksi, kun huomioon otettiin myös taustatekijät, terveys, sairauspoissaolot ja työmäärä. Tulokseen saattoi myös vaikuttaa se, ettei työn epävarmuutta juurikaan koettu aineistossa. Vastoin oletusta vähäisten

työn säätelymahdollisuuksien ei todettu selittävän sairauslänäoloa. Tulos on ristiriitainen Aronssonin ja Gustafssonin (2005) tutkimuksen kanssa, mutta toisaalta yhtenevä Hansenin ja Andersenin (2008) tutkimuksen kanssa. On edelleen mahdollista, että vähäiset säätelymahdollisuudet ovat yhteydessä sairauslänäoloon jonkin välittävän tekijän kautta, kuten terveyden heikkenemisen välityksellä.

Oletus tekijöistä, jotka painostamisen sijaan motivoisivat ihmisiä työskentelemään sairaana, ei saanut tukea. Kaikki motivaattoreiksi oletetut tekijät olivat negatiivisesti yhteydessä sairauslänäoloon eli vähäinen työn merkityksellisyys, vähäinen työn imu ja vähäinen organisaatioon sitoutuminen näyttivät lisäävän sairauslänäoloa. Näin ollen työn vaatimusten ja voimavarojen malliin pohjautuva käsitys positiivisten länäolomotivaattoreiden olemassaolosta ei pitänyt paikkaansa. Tulosten perusteella näyttää pikemminkin siltä, että sairauslänäolo on yhteydessä työn vaatimusten ja voimavarojen mallin molempiin polkuihin, mutta toisin kuin tässä tutkimuksessa oletettiin, motivaatiopolku on aidosti hyvinvointia edistävä, eikä kulje sairauslänäolon kautta terveyden heikkenemisen polulle. Työn merkityksellisyys, työn imu ja organisaatioon sitoutuminen olivat siis positiivisia käsitteitä positiivisin seurauksin. Tämä on samansuuntainen tulos Caverleyn ym. (2007) tutkimuksen kanssa, jossa he totesivat vähäisen työtyytyväisyyden, vähäisen luottamuksen kollegoita kohtaan ja vähäisen esimiehen tuen ennustavan sairauslänäoloa. Mainitut positiiviset kokemukset liittyivät hyvään terveydentilaan (taulukko 2), mikä voi osaltaan selittää sitä, että töistä voi jäädä pois silloin harvoin, kun terveydentila sitä edellyttää. Tässä tutkimuksessa yhteydet eivät kuitenkaan olleet kovin suuria. Yksittäin tarkasteltuna jokainen motivaattori oli merkitsevä selittäjä .01-merkitsevyystasolla. Kun motivaattoreita tarkasteltiin yhtä aikaa ja ottamalla huomioon taustatekijöiden sekä terveyden ja sairauspoissaolojen vaikutus, katosivat tilastollisesti merkitsevät yhteydet. Yksi selitys tälle on se, että kaikki kolme motivaattoria korreloivat voimakkaasti keskenään.

4.2. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Kunta-alan työntekijöistä koostuva aineisto sisälsi eri-ikäisiä ja koulutustaustaltaan erilaisia vastaajia, jotka työskentelivät monilla eri aloilla. Vastausprosentti (62,5 %) oli kohtuullinen. Naiset kuitenkin vastasivat kyselyyn miehiä aktiivisemmin (65,6 % vs. 49,4 %) ja vastaajista valtaosa oli naisia (84,7 %). Voidaan siis todeta, että tutkimuksen tulokset kuvaavat paremmin naisia kuin miehiä. Voidaan kuitenkin myös todeta, että vastaajien sukupuolijakauma oli lähellä populaation sukupuolijakaumaa, koska Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (STM, 2008) mukaan

suomalaisista kunta-alan työntekijöistä noin 77 % on naisia. Tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä miesvaltaisille aloille tai yksityiselle sektorille.

Tutkimus oli poikkileikkaustutkimus ja perustui tutkittavien itsearviointeihin. Tämän vuoksi ei voida tutkia syy-seuraussuhteita, vaan ainoastaan ilmiöiden välisiä yhteyksiä. On siis mahdollista, että sairauslänäolokokemukset heijastuvat negatiivisesti esimerkiksi tehtyihin työn ominaisuuksien arviointeihin. Myös yksilölliset ominaisuudet sekä vastaustyyli ovat voineet vaikuttaa tuloksiin. Sairauspoissaolon suhteen on aiemmin todettu, että ihmisillä on taipumus itsearvioissa aliarvioida sairauspoissaolonsa määrää (van Poppel, de Vet, Koes, Smid, & Bouter, 2002). Sairauslänäoloa ei toisaalta voi tutkia kuin itsearvioinneilla. Sairauslänäoloa ja sairauspoissaoloja koskeneet kysymykset vaativat myös retrospektiivistä muistelua ja siksi arvioitavan ajanjakson pidentyessä kasvaa myös arviointivirheen riski. Tässä tutkimuksessa käytettiin kuuden kuukauden jaksoa, mikä pienentää virheen riskiä, mutta ei anna täysin vertailukelpoista tulosta muihin tutkimuksiin, joissa sairauslänäoloa on tyypillisesti kysytty vuoden ajalta.

Sairauslänäoloa selvittäneeseen kysymykseen *”Kuinka usein viimeisen 6 kuukauden aikana olet mennyt töihin vaikka olet tuntenut, että terveydentilasi vuoksi olisi pitänyt jäädä kotiin?”* liittyy myös muita huomioon otettavia seikkoja. Ensinäkin kysymys on asettelultaan epätarkka sen suhteen, tuleeko esimerkiksi saman sairauden aikana kahden perättäisen päivän sairaana työskentely laskea yhdeksi vai kahdeksi kerraksi. Muun muassa Johns (2011) ja Caverley ym. (2007) ovat tämän tyypillisen kysymyksenasettelun sijaan kysyneet päivien lukumäärää, joina henkilö on työskennellyt sairaana. Toisekseen kysymys ei ole asettelultaan sellainen, että se sopisi hyvin työn säätelymahdollisuuksien ja sairauslänäolon yhteyden selvittämiseen. Kuten myös Hansen ja Andersen (2008) totesivat: henkilö on voinut työskennellä sairaana, mutta kokenut suuren työn säätelymahdollisuuden vuoksi, ettei terveydentila kuitenkaan säätelyn ansiosta edellyttänyt kotiin jäämistä.

On myös syytä huomata, että tässä tutkimuksessa oli mukana niin kutsut pitkäaikaisterveet vastaajat. Aronsson ja Lindh (2004) kutsuvat pitkäaikaisterveiksi (ruots. *långtidsfrisk*) henkilöitä, jotka eivät ole olleet sairaana poissa, mutta eivät myöskään sairaana työssä. Heponiemen ym. (2010) tutkimuksessa jätettiin otoksesta pois nämä henkilöt, jotka eivät olleet joutuneet tekemään kertakaun valintaa sairauspoissaolon ja sairauslänäolon välillä. Tämän tutkimuksen otoksessa näitä henkilöitä oli 106.

4.3. Käytännön näkökulmia ja jatkotutkimusaiheet

On todettu, että sairauslänäolosta on haittaa (esim. Johns, 2010; Kivimäki ym., 2005). Yksi keino haittojen vähentämiseen on sairauslänäolon vähentäminen. Ensisijaisesti näkökulman tulisi olla hyvän terveyden edistämisessä, jotta sairastavuus ylipäättään olisi vähäisempää, ei sairauslänäolon vähentämisessä sairauspoissaolojen kustannuksella. Päinvastoin myös pyrittäessä vähentämään sairauspoissaoloja on syytä varoa tekemästä toimenpiteitä, jotka vain lisäävät sairaana työskentelyä. Lisäksi sairauspoissaolon tutkimuksessa olisi syytä ottaa paremmin huomioon myös sairauslänäolo, sillä emme voi olettaa, että vähäinen poissaolo tarkoittaisi terveenä työskentelyä.

Työhön liittyvistä tekijöistä työmäärän todettiin olevan yhteydessä runsaampaan sairauslänäoloon ja siksi voidaan olettaa, että resurssien lisääminen vähentäisi sairauslänäoloa. Koska tämä voi olla usein mahdoton tavoite, on mielekkäämpää pohtia, kuinka olemassa olevat resurssit hyödynnetään parhaiten. Tietyissä tilanteissa, esimerkiksi jos työntekijä tartuttaa monta työtoveriaan tai pitkittää sairauttaan, on sairaana työskentely ennemmin resurssien heikentämistä kuin vähäisten resurssien tehokasta käyttöä. Toisaalta on myös tilanteita, joissa sairaana työskentely nimenomaan voi olla tehokkain ratkaisu. Nykytyöelämässä työskentely ei aina tapahdu työpaikalla ja tiettyinä kellonaikana. Etätyömahdollisuudet luovat uusia näkökulmia myös sairauslänäolon tarkasteluun. Esimerkiksi tarttuvaa tautia sairastava työntekijä ei aiheuta sairaana työskentelyllä terveysriskiä työtovereilleen tai asiakkailleen, jos toimiston sijasta työskenteleekin kotona. Mahdollisuus jakaa työpäivä pätkiin voi antaa riittävästi voimia selvitä työpäivästä sairaanakin. On kuitenkin toistaiseksi epäselvää, miten tällaiset mahdollisuudet näkyvät sairaana työskentelyn määrässä ja minkälaisia erilaisia hyötyjä ja haittoja näistä voi seurata.

Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että läsnäolomotivaattoreiksi oletetut tekijät suojaisivat sairauslänäololta. Mikäli näin on, näiden tekijöiden eli työn merkityksellisyyden kokemisen, työn imun ja organisaatioon sitoutumisen lisääminen voivat vähentää sairauslänäoloa ja sen haittoja. Näiden tekijöiden yhteys sairauslänäoloon voi kuitenkin olla myös monimutkaisempi. Böckerman ja Laukkanen (2010) havaitsivat tehokkuusvaatimusten lisäävän sairauslänäoloa vain hyvän terveyden omaavien henkilöiden kohdalla. Selitys, että huonomman terveydentilan omaavilla ei olisi resursseja vastata tehokkuusvaatimuksiin, voi olla yleistettävissä laajemmallekin. Voi olla, että on olemassa muitakin sellaisia tekijöitä, jotka terveyden tapaan toimivat resursseina, jotka mahdollistavat läsnäolopaineisiin vastaamisen. Tässä tutkimuksessa motivaattoreiksi oletetut tekijät voivat olla tällaisia resursseja.

Jatkotutkimuksissa on syytä myös tarkemmin ottaa huomioon sairauden luonne. Suomalaisten työntekijöiden joukosta ei ole kattavia tutkimuksia, joissa olisi otettu huomioon esimerkiksi sairauden tarttuvuutta tai kestoja. Myöskään eri ammattialoja vertaavia tuloksia ei juuri ole suomalaisista aineistoista. Muunkin kuin itsearviointitiedon käyttö ja pitkittäistutkimusasetelmat antaisivat arvokasta lisätietoa ilmiöstä, joskin itse sairauslääsnäoloa ei voi mitata kuin itsearvioinneilla.

Tärkeä näkökulma sairauslääsnäoloon olisi myös opiskelijoiden sairauslääsnäolo eli sairaana opiskeleminen. Aihetta on tutkittu jonkin verran. Esimerkiksi Löve ym. (2010) selvittivät suorituskeskeisen itsetunnon ja sairauslääsnäolon yhteyttä sekä opiskelevilla että työelämässä olevilla nuorilla aikuisilla. Eräs aiheellinen kysymys selvitettäväksi on, kuinka paljon sairauslääsnäolo työpaikoilla selittyy työntekijöiden jo opiskeluaikana omaksumilla sairauskäyttäytymisen muodoilla. Oppilaitoksissa on monesti käytäntöjä, jotka velvoittavat lääsnäoloon oppitunneilla ja luennoilla. Sairaana opetukseen osallistuminen saatetaan kokea pienemmäksi vaivaksi kuin mahdolliset korvaavat tehtävät. Esimerkiksi hoitoalan opetusta antavissa kouluissa käytännöt, jotka kannustavat sairaana opiskeluun voivat olla varsin haitallisia työelämän ja myöhemmän potilasturvallisuuden näkökulmasta.

LÄHTEET

- Agresti, A. (2007). *An introduction to categorical data analysis*. New York: Wiley.
- Allen, H., Hubbard, D., & Sullivan, S. (2005). The burden of pain on employee health and productivity at a major provider of business services. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 658–670.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2002). Sjuknärvaro – förekomst och utvecklingstendenser. *Arbete och hälsa*, 2002: 8. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 958–966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 502–509.
- Aronsson, G., & Lindh, T. (2004) Långtidsfriskas arbetsvillkor – En populationsstudie. *Arbete och Hälsa*, 2004:10. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009a). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 629–638.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009b). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, 1179–1190.
- Biron, C., & Saksvik, P. Ø. (2009). Sickness presenteeism and attendance pressure factors: Implications for practice. Teoksessa C. L. Cooper, J. C. Quick, & M. J. Schabracq (toim.), *International Handbook of Work and Health Psychology*, 3. painos (s. 77–96). Oxford: Wiley.
- Burton, W. N., Conti, D. J., Chen, C. Y., Schultz, A. B., & Edington, D. W. (2002). The economic burden of lost productivity due to migraine headache: A specific worksite analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 523–529.
- Böckerman, P., & Laukkanen, E. (2010). Predictors of sickness absence and presenteeism: Does the pattern differ by a respondent's health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 332–335.

- Caverley, N., Cunningham, J. B., & MacGregor, J. N. (2007). Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies*, 44, 304–319.
- Clausen, T., Christensen, K. B., & Borg, V. (2010). Positive work-related states and long-term sickness absence: A study of register-based outcomes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 51–58.
- Cocker, F., Martin, A., Scott, J., Venn, A., Otahal, P., & Sanderson, K. (2011). Factors associated with presenteeism among employed Australian adults reporting lifetime major depression with 12-month symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 135, 231–240.
- Cook, J., & Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfillment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39–52.
- Crout, L. A., Chang, E., & Cioffi, J. (2005). Why do registered nurses work when ill? *Journal of Nursing Administration*, 35, 23–28.
- D'Abate, C. P., & Eddy, E. R. (2007). Engaging in personal business on the job: Extending the presenteeism construct. *Human Resource Development Quarterly*, 18, 361–383.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499–512.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14, 50–68.
- Dew, K., Keefe, V., & Small, K. (2005). 'Choosing' to work when sick: workplace presenteeism. *Social Science & Medicine*, 60, 2273–2282.
- Elintarvikealojen TES. (2010). *Elintarviketeollisuusliitto ry:n ja Suomen elintarviketyöläisten liitto Sel ry:n välinen elintarvikealojen työehtosopimus 24.5.2010–31.3.2014*.
- Elstad, J. I., & Vabø, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 467–474.
- Eurofound. (2012). *Health and well-being at work: A report based on the fifth European Working Conditions Survey*. Dublin: Eurofound.
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68, 165–174.
- Grinyer, A., & Singleton, V. (2000). Sickness absence as risk-taking behaviour: a study of organisational and cultural factors in the public sector. *Health, Risk & Society*, 2, 7–21.

- Guest, D., Isaksson, K., & De Witte, H. (2010). *Employment contracts, psychological contracts, and employee well-being: an international study*. Oxford: Oxford University Press.
- Gustafsson, K., & Marklund, S. (2011). Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24, 153–165.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43, 495–513.
- Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science & Medicine*, 67, 956–964.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At work – but out of it. *Harvard Business Review*, 82(10), 49–58.
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Pentti, J., Virtanen, M., Westerlund, H., Virtanen, O., Oksanen, T., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2010). Association of contractual and subjective job insecurity with sickness presenteeism among public sector employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 830–835.
- Heyman, J., Earle, A., & Hayes, J., (2007). *The work, family and equity index: How does the United States measure up?* The Project on Global Working Families, Institute for Health and Social Policy. Saatavissa: <http://www.mcgill.ca/files/ihsp/WFEI2007.pdf>
- Hochschild, A. R. (2008). The time bind: When work becomes home and home becomes work. Teoksessa L. G. Whitaker, *Getting started in sociology*, 3. painos (s. 77–84). Boston: McGraw Hill.
- Johansson, G., & Lundberg, I. (2004). Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science & Medicine*, 58, 1857–1868.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519–542.
- Johns, G. (2011). Attendance dynamics at work: The antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 483–500.
- Johns, G., & Xie, J. L. (1998). Perceptions of absence from work: People's Republic of China versus Canada. *Journal of Applied Psychology*, 83, 515–530.
- Kinnunen, U., Perko, K., & Virtanen, M. (2013). Esimiehen johtamistyylin yhteys työntekijän kokemaan työuupumukseen ja sairaana työskentelyyn. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 50, 59–70.

- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H., Shipley, M. J., Vahtera, J., & Marmot, M. G. (2005). Working while ill as a risk factor for serious coronary events: The Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 95, 98–102.
- Koopman, C., Pelletier, K., Murray, J., Sharda, C., Berger, M., Turpin, R., Hackleman, P., Gibson, P., Holmes, D., & Bendel, T. (2002). Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 14–20.
- Kristensen, T. S. (1991). Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Social Science & Medicine*, 32(1), 15–27.
- Kristensen, T., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, W. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31, 438–449.
- KVTES (2012). *Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2012–2013*. Keuruu: Otava.
- Lag om sjuklön. (1991). L1991:1047. Svensk författningssamling.
- Lerner, D., Adler, D., Chang, H., Lapitsky, L., Hood, M., Perissinotto, C., Reed, J., McLaughlin, J., Berndt, E., & Rogers, W. (2004). Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatric Services*, 55, 1371–1378.
- Löve, J., Grimby-Ekman, A., Eklöf, M., Hagberg, M., & Dellve, L. (2010). "Pushing oneself too hard": Performance-based self-esteem as a predictor of sickness presenteeism among young adult women and men – A cohort study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 603–609.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997) *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- McKevitt, C., & Morgan, M. (1997). Illness doesn't belong to us. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90, 491–495.
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R., & Holland, W. W. (1997). Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health*, 19, 295–300.
- Mäenpää, E. (2000). *Sairaalalääkärin jaksaminen työterveyshuollon näkökulmasta*. Acta Universitatis Tampensis, 729. Tampere University Press.
- Mäenpää, E., & Virjo, I. (2012) Lääkäri sairaana työssä. *Suomen Lääkärilehti*, 46, 3381–3387.
- Nummenmaa, L. (2007). *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Vammala: Tammi.

- Nyberg, A., Westerlund, H., Magnusson-Hanson, L., & Theorell, T. (2008) Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 803–811.
- Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E., & Linnanmäki, E. (toim.) (2007). *Terveiden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 23.
- Pilette, P. C. (2005). Presenteeism in nursing. A clear and present danger to productivity. *Journal of Nursing Administration*, 35, 300–303.
- van Poppel, M. N., de Vet, H. C., Koes, B. W., Smid, T., & Bouter, L. M. (2002). Measuring sick leave: a comparison of self-reported data on sick leave and data from company records. *Occupational Medicine*, 52, 485–490.
- Rakennusalan TES. (2012). *Rakennusalan työehtosopimus urakkahinnoitteluineen 2012–2014*.
- Rosvold, E. O., & Bjertness, E. (2001). Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 71–75.
- Sairausvakuutuslaki. (2004). L21.12.2004/1224.
- SAK (2013). *SAK:n työolobarometri 2012*. Toim. I. Virjo. Painokarelia.
- Saksvik, P. Ø. (1996). Attendance pressure during organizational change. *International Journal of Stress Management*, 3, 47–59.
- Sanderson, K. & Cocker, F. (2013). Presenteeism – Implications and health risks. *Australian Family Physician*, 42, 172–175.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006a). The measurement of work engagement with a short questionnaire. A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701–716.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893–917.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Bakker, A. B. (2006b). Doctor Jekyll or Mr. Hyde? On the differences between work engagement and workaholism. Teoksessa R. J. Burke, *Research companion to working time and work addiction* (s. 193–217). Cheltenham: Edward Elgar.

- Schultz, A. B., Chen, C. Y., & Edington, D. W. (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers. *Pharmacoeconomics*, 27, 365–378.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483–1499.
- Smith, D. J. (1970). Absenteeism and “presenteeism” in industry. *Archives of Environmental Health*, 21, 670–677.
- Spector, P. E., & Jex, S. M. (1998). Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 356–367.
- STM (2008). *Segregaatio ja sukupuolten väliset palkkaerot -hankkeen loppuraportti*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä, 2008:26.
- Theorell, T., Oxenstierna, G., Westerlund, H., Ferrie, J., Hagberg, J., & Alfredsson, L. (2003). Downsizing of staff is associated with lowered medically certified sick leave in female employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, e9.
- Turpin, S., Ozminkowski, R., Sharda, C., Collins, J., Berger, M., Billotti, G., Baase, C., Olson, M., & Nicholson, S. (2004). Reliability and validity of the Stanford Presenteeism Scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 1123–1133.
- Työsopimuslaki. (2001). L26.1.2001/55.
- Vartiointialan TES. (2011). *Vartiointialan työehtosopimus 1.2.2011–28.2.2013*.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2002). Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 693–699.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., & Cooper, C. L. (2001). Contingent employment, health and sickness absence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27, 365–372.
- Virtanen, P. (1994). ‘An epidemic of good health’ at the workplace. *Sociology of Health & Illness*, 16, 394–401.
- Virtanen, P., Nakari, R., Ahonen, H., Vahtera, J., & Pentti, J. (2000). Locality and habitus: the origins of sickness absence practices. *Social Science & Medicine*, 50(1), 27–39.

- Westerlund, H., Kivimäki, M., Ferrie, J., Marmot, M., Shipley, M., Vahtera, J., & Head, J. (2009). Does working while ill trigger serious coronary events? The Whitehall II study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 1099–1104.
- Yliopistojen yleinen TES. (2011). *Yliopistojen yleinen työehtosopimus 1.3.2012–31.3.2014*.